

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR
ROSALIE CLOUTIER

PARTICULARITÉS DE LA PRATIQUE D'ERGOTHÉRAPEUTES EN RÉGION RURALE
ÉLOIGNÉE AU QUÉBEC

DÉCEMBRE 2021

REMERCIEMENTS

La réalisation du projet d'essai comme exigence de la maîtrise en ergothérapie n'aurait pu être possible sans le soutien et l'implication de plusieurs personnes.

Je tiens d'abord à remercier sincèrement la contribution de ma directrice d'essai, Mme Martine Brousseau, professeure au département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières sans qui ce projet n'aurait pu voir le jour. Son enthousiasme, sa passion et ses précieux conseils ont été des éléments clés dans l'aboutissement de ce projet de fin d'études.

Un merci particulier à chacun des quatre-vingts participants de ce projet de recherche. Le temps accordé et la qualité des réponses ont permis de faire ressortir des résultats riches permettant de documenter les particularités de la pratique d'ergothérapeutes en régions rurales éloignées au Québec.

Je tiens à remercier Mme Marie-France Jobin directrice du développement et de la qualité de l'exercice à l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, qui a permis d'améliorer la qualité de cet essai par ses rétroactions. Je la remercie pour ses commentaires et recommandations qui ont permis de bonifier le projet.

Finalement, un immense merci à mon copain, ma famille et mes précieuses amies et collègues qui seront des ergothérapeutes hors pair. Votre soutien, votre présence et vos encouragements constants ont été significatifs tout au long de mon parcours universitaire.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	v
RÉSUMÉ	vi
ABSTRACT.....	viii
1. INTRODUCTION	7
2. PROBLÉMATIQUE.....	8
2.1. Communauté rurale éloignée	9
2.2. Pratique des ergothérapeutes.....	10
2.3. Particularités de la pratique d’ergothérapeutes en régions rurales éloignées	11
2.3.1. Exigences d’une pratique davantage générale	12
2.3.2. La distance à parcourir	13
2.3.3. Manque de ressources	14
2.3.4. Reconnaissance de la profession.....	15
2.3.5. Accès à la formation continue.....	15
2.3.6. Soutien disponible.....	16
2.3.7. Pratique rurale des ergothérapeutes au Québec	17
2.4. Constats, pertinence de l’étude et question de recherche	18
2.5. Objectif de recherche	19
3. CADRE CONCEPTUEL.....	20
3.1. Concepts centraux en ergothérapie	20
3.1.1. Approche centrée sur le client.....	20
3.1.2. Pratique fondée sur l’occupation	21
3.1.3. Pratique basée sur l’habilitation aux occupations	21
3.2. Pratique basée sur les données probantes	22
3.3. Formation continue	22
4. MÉTHODE.....	23
4.1. Devis de recherche.....	23
4.2. Échantillonnage.....	23
4.3. Méthode de collecte de données	23
4.4. Procédure de recherche	25
4.5. Analyse des données	25
4.6. Considérations éthiques	25
5. RÉSULTATS	27
5.1. Caractéristiques des répondants	27

5.2. Caractéristiques des milieux de pratique	29
5.3. Description de la pratique d’ergothérapeutes	30
5.3.1. Caractéristiques de la pratique des ergothérapeutes telles que perçues	31
5.3.2. Être informé des meilleures pratiques et données probantes et stratégies de formation continue.....	32
5.3.3. Soutien professionnel.....	34
5.4. Appartenance au monde de l’ergothérapie	35
5.5. Obstacles à la pratique des ergothérapeutes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et du Bas- St-Laurent	36
5.6. Perception des défis de la pratique des ergothérapeutes	41
6. DISCUSSION.....	47
6.1. Caractéristiques de la pratique telle que perçue par les ergothérapeutes	47
6.1.1. Approche centrée sur la personne	48
6.1.2. Pratique fondée sur l’occupation	48
6.1.3. Pratique basée sur l’habilitation aux occupations	49
6.1.4. Pratique fondée sur les derniers résultats probants	49
6.2. Obstacles à la pratique des ergothérapeutes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et du Bas- St-Laurent	49
6.2.1. Manque de ressources humaines.....	49
6.2.2. Temps de déplacement.....	50
6.2.3. Reconnaissance/connaissance de la profession	50
6.2.4. Soutien professionnel.....	51
6.2.5. Manque de ressources	51
6.2.6. Influence de la position géographique	52
6.2.7. Opportunités de développement professionnel	53
6.3. Perception des défis de la pratique des ergothérapeutes	53
6.3.1. Autonomie professionnelle	53
6.3.2. Diversité de la pratique	53
6.3.3. Relation avec l’équipe de travail et la communauté	54
6.3.4. Utilisation de la technologie	55
6.7. Forces et limites de l’étude	55
7. CONCLUSION.....	57
RÉFÉRENCES	59
ANNEXE A – QUESTIONNAIRE.....	63

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Données sociodémographiques	28
Tableau 2. Caractéristiques du milieu de travail des répondants	30
Tableau 3. Caractéristiques de la pratique des ergothérapeutes	32
Tableau 4. Façons pour être informé sur les meilleures pratiques et les nouvelles données probantes	33
Tableau 5. Stratégies pour participer à la formation continue	33
Tableau 6. Soutien professionnel en cas de questionnement	34
Tableau 7. Participation à des groupes professionnels	35
Tableau 8. Participation à des activités en ergothérapie	35
Tableau 9. Perception des obstacles à la pratique des ergothérapeutes en région rurale éloignée	37
Tableau 10. Types d'obstacles à la pratique d'ergothérapeutes en région rurale éloignée en fonction de leur fréquence	39
Tableau 11. Perception des défis de la pratique des ergothérapeutes	42
Tableau 12. Types de défis rencontrés dans la pratique en tant qu'ergothérapeute en fonction de leur fréquence.....	43

RÉSUMÉ

Problématique : Des caractéristiques distinctes de la pratique rurale ressortent dans les quelques écrits qui documentent la pratique des ergothérapeutes dans les régions rurales éloignées. Il apparaît pertinent d'étudier la pratique d'ergothérapeutes en région rurale et éloignée au Québec puisqu'aucune étude québécoise ne s'est encore intéressée à en décrire ses particularités au sens large. **Objectif :** L'objectif de la recherche est de décrire les particularités de la pratique d'ergothérapeutes en région rurale éloignée au Québec, et ce notamment, dans deux régions éloignées limitrophes du Québec, la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et celle du Bas-St-Laurent. **Cadre conceptuel :** La présente étude s'appuie sur les notions théoriques inhérentes à la pratique en ergothérapie, l'approche centrée sur le client, la pratique fondée sur l'occupation, la pratique basée sur l'habilitation aux occupations et la pratique basée sur les résultats probants selon les lignes directrices canadiennes (Townsend et Polatajko, 2013). **Méthode :** La présente étude s'appuie sur un devis de recherche descriptif de nature quantitatif dont la collecte de données s'est faite à l'aide d'un questionnaire électronique à partir d'un échantillon est de convenance. Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives simples, tels des pourcentages, des moyennes et des fréquences. Les données qualitatives ont fait l'objet d'analyse de contenu. **Résultats :** 80 ergothérapeutes ayant en moyenne 37,5 ans (SD=9,6) et une expérience moyenne de 13,6 ans rapportent adopter approche centrée sur le client et une pratique fondée sur l'occupation, basée sur l'habilitation aux occupations et basée sur les résultats probants. Des obstacles à la pratique en région rurale éloignée qui ont été ressortis sont : l'accès à la formation continue, la charge de cas complexe et variée, le manque de ressources humaines, le manque de ressources et le temps de déplacement important. À l'inverse on retrouve parmi les avantages : l'autonomie professionnelle, la pratique diversifiée, la relation de proximité avec les clients et la taille de l'équipe de travail. **Discussion :** L'étude présente des résultats inédits qui apportent des précisions sur la pratique des ergothérapeutes en région rurale éloignée. Des ergothérapeutes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et du Bas-St-Laurent rapportent adopter une pratique centrée sur le client, fondée sur l'occupation et les résultats probants, ainsi que basée sur l'habilitation aux occupations. Certains défis à la pratique de l'ergothérapie en région rurale éloignée ont été perçus comme des avantages alors que d'autres comme des obstacles. Ces résultats convergent avec certains résultats des études recensées (Devine, 2006; Kingston et al., 2015; Manahan et al., 2009;

Peterson et al., 2003; Roots et Li, 2013; Wielandt et Taylor, 2010). Une des limites de l'étude est le recours à un questionnaire électronique, ne permettant pas des réponses approfondies. Des entrevues auraient permis d'approfondir certains résultats. **Conclusion :** Les ergothérapeutes qui exercent en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Bas-St-Laurent sont confrontés à des défis liés à la pratique en région éloignée. Une importante retombée est que l'étude suggère que les ergothérapeutes perçoivent avoir une approche centrée sur le client, une pratique fondée sur les occupations et dans une certaine mesure, une pratique basée sur l'habilitation aux occupations et une pratique basée sur les résultats probants. Des futures recherches investiguant les projets concrets mis en place, les activités spécifiques déployées dans les milieux viendraient compléter la compréhension de la pratique des ergothérapeutes dans les régions concernées.

Mots clés : ergothérapie, région rurale éloignée, particularités

ABSTRACT

Background: Distinct characteristics of rural practice emerge in the few studies that document the practice of occupational therapists in remote rural areas. It appears relevant to study the practice of occupational therapists in rural and remote regions in Quebec since no Quebec study has yet been interested in describing its particularities in a larger perspective. **Aim:** The aim of the research is to describe the specific aspect of the practice of occupational therapists in remote rural regions in Quebec, and in particular, in two remote regions bordering Quebec, the region of Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine and of Bas-St-Laurent. **Conceptual Framework:** This study builds on theoretical notions inherent in occupational therapy practice, the client-centered approach, occupation-based practice, occupation-based enablement practice and evidence-based practice according to Canadian Occupational Therapy Guidelines (Townsend & Polatajko, 2013). **Method:** The present study is based on a descriptive research design of a quantitative nature, the data collection of which was done using an electronic questionnaire from a sample is convenient. Quantitative data was analyzed using simple descriptive statistics, such as percentages, means and frequencies. Qualitative data was subject to content analysis. **Results:** 80 occupational therapists with an average of 37.5 years ($SD = 9.6$) and an average experience of 13.6 years report adopting a client-centered approach, an occupation-based practice, an occupation-based enablement practice and an evidence-based practice. Obstacles to practice in remote rural areas that have emerged are: access to continuing professional education, the complex and varied caseload, lack of human resources, lack of resources and long travel time. Conversely, we found among the advantages: professional autonomy, diversified practice, close relationship with clients and the size of the work team. **Discussion:** The study presents unpublished results that shed light on the practice of occupational therapists in remote rural areas. Occupational therapists from Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine and Bas-St-Laurent report adopting a client-centered approach, occupation-based practice, occupation-based enablement practice and evidence-based practice. Some challenges to practicing occupational therapy in remote rural areas were seen as advantages while others as barriers. These results converge with some of the results of the studies reviewed (Devine, 2006; Kingston et al., 2015; Manahan et al., 2009; Peterson et al., 2003; Roots and Li, 2013; Wielandt and Taylor, 2010). One of the limitations of the study is the use of an electronic questionnaire, which does not allow in-depth answers. Interviews would have allowed some results to be deepened. **Conclusion:** Occupational therapists practicing in Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine and Bas-St-Laurent are faced

with challenges related to practice in remote regions. An important fallout is that the study suggests that occupational therapists perceive to have a client-centered approach, occupation-based practice, occupation-based enablement practice and evidence-based practice. As future research investigates the concrete projects put in place, the specific activities deployed in the settings would complete the understanding of the practice of occupational therapists in the regions concerned.

Keywords: occupational therapy, remote rural area, specifics

1. INTRODUCTION

Les neuvièmes lignes directrices en ergothérapie (Townsend et Polatajko, 2013) présentent les fondements théoriques pour adopter les meilleures pratiques. Les soixante auteurs qui s'unissent pour présenter une vision unifiée des concepts de base de la pratique font ressortir les bases de la profession qui sont enseignées dans les universités canadiennes auxquelles les ergothérapeutes doivent se référer pour assurer une pratique de qualité. Peu d'études se sont intéressées à décrire la pratique des ergothérapeutes au Québec, et donc, à savoir si les thérapeutes adoptent les meilleures pratiques. Plus précisément dans les régions rurales éloignées où la pratique présente certaines particularités adressées dans la littérature.

Dans cet essai, la problématique à l'origine de cette étude et la pertinence de s'intéresser aux particularités de la pratique des ergothérapeutes en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Bas-St-Laurent seront d'abord abordées. Ensuite, le cadre conceptuel permettra de décrire les fondements théoriques sur lesquels s'appuyer pour comprendre la description de la pratique d'ergothérapeutes, notamment ce qui constitue les meilleures pratiques en ergothérapie selon les lignes directrices canadiennes (Townsend et Polatajko, 2013). Pour poursuivre, la méthodologie de la recherche présentera le devis de recherche, l'échantillonnage, la méthode de collecte de données, la procédure de recherche, l'analyse des données et les considérations éthiques. Par la suite, les résultats obtenus présenteront d'abord les caractéristiques des répondants et des milieux de pratique, puis la description de la pratique des ergothérapeutes, l'appartenance au monde de l'ergothérapie, les obstacles à la pratique des ergothérapeutes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et du Bas-St-Laurent et la perception des défis de la pratique des ergothérapeutes. Ceux-ci seront enfin discutés en lien avec les écrits scientifiques. En conclusion, la contribution de cette étude à la pratique de l'ergothérapie en région rurale éloignée sera présentée en plus des recommandations pour contrer les obstacles soulevés.

2. PROBLÉMATIQUE

À travers le monde entier, il n'existe pas deux systèmes de santé identiques. Chaque pays a façonné son système en fonction de son histoire, de ses établissements, de sa population, de son économie et de sa culture. De telles différences ont une incidence sur les ressources déployées pour les soins de santé (Institut canadien d'information sur la santé, 2011). À l'intérieur du Canada, les systèmes de santé sont de juridiction provinciale. La question se pose à savoir comment sont alors distribués les soins de santé au Québec.

Au Québec, les communautés éloignées des grands centres font face à des réalités différentes pour les soins en santé comme le font valoir Gauthier et al. (2009) dans leur projet de recherche qui s'intéresse aux problématiques d'organisation et d'accès aux services de santé pour des populations dispersées à travers la province. Cette équipe de recherche a mené cinq études dans les régions sociosanitaires de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, du Bas-St-Laurent, de la Côte-Nord, de Montréal et de la Montérégie pour mieux comprendre les phénomènes expliquant la performance enviable des milieux cliniques de première ligne situés dans des contextes ruraux et éloignés et de dresser un tableau cohérent des conditions d'accès des résidents de ces régions. Ils ont ressorti que l'importante distance qui sépare les patients des centres de services spécialisés amène l'élargissement des champs de pratique, favorisant ainsi la prise en charge d'un plus grand éventail de besoins (Gauthier et al, 2009). L'accès à des services de proximité et à des ressources de soins réguliers (habituellement un médecin de famille) est disponible pour la majorité de la population dans les régions rurales éloignées (Gauthier et al, 2009). Toutefois, certains obstacles d'accès aux services de santé sont notés pour les communautés rurales et éloignées. En particulier, les importants coûts reliés aux services de dépannage, l'engorgement des urgences par les patients n'ayant pas de médecin de famille ou encore les variations dans le personnel qui rendent difficile la collaboration interprofessionnelle.

De plus, la littérature grise fait elle aussi voir des différences quant aux services de santé et aux services sociaux à travers les différentes régions du Québec. Effectivement, l'étude de Champagne et al., (2018) a abordé ces différences quant à l'accessibilité des services. Ces auteurs

ont étudié l'accessibilité aux soins primaires, aux urgences, aux services psychosociaux, aux services diagnostics, aux interventions chirurgicales, aux services pour les personnes âgées, aux services en santé mentale, aux services pour les jeunes en difficulté, aux services en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, aux services en déficience physique et finalement aux services en dépendance. Ce projet d'étude montre que l'accessibilité est préoccupante au Québec pour les services suivants : d'urgence, psychosociaux, de santé mentale et pour les personnes âgées. Toutefois, selon ce rapport, la région de la Gaspésie présente le meilleur résultat pour l'accessibilité aux services psychosociaux et les Îles-de-la-Madeleine présentent des résultats positifs pour les services en santé mentale. Le Bas-St-Laurent se démarque quant à lui dans l'accès aux soins en santé mentale et aux personnes âgées. Étant donné que les services en ergothérapie sont considérés en grande partie comme des services de santé dans ces mêmes secteurs d'activité, il y a lieu de questionner si les services en ergothérapie suivent la même tendance dans les régions de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et du Bas-St-Laurent.

2.1. Communauté rurale éloignée

Bien que le territoire du Québec soit très vaste, la majorité de la population québécoise (54%) se retrouve dans les deux principaux noyaux urbains des régions métropolitaines de recensement que sont Québec et Montréal, le reste (46%) se retrouve en région éloignée ou rurale (Gauthier et al., 2009). L'Association canadienne des médecins d'urgence a d'ailleurs proposé un modèle pour définir les communautés rurales (Rural Committee of Canadian Association of Emergency Physician (RCCAEP), 1997), dont Gauthier et al. (2009) se sont inspirés en faisant référence aux noyaux urbains (de plus de 500 000 habitants). Selon cette définition, les communautés rurales intermédiaires sont situées à plus de 2,5 heures de Montréal ou Québec et à moins de 1,5 h d'un hôpital de deuxième ou de troisième ligne (Gauthier et al., 2009). Pour ce qui est des communautés rurales éloignées, elles sont situées entre 1,5 heure et 3,5 heures d'un hôpital de deuxième ou de troisième ligne, mais à la même distance d'un noyau urbain (Gauthier et al., 2009). Alors que les communautés rurales isolées sont situées à plus de 3,5 heures d'un noyau urbain (Québec ou Montréal) et d'un hôpital de deuxième ou de troisième ligne (Gauthier et al., 2009). De ce fait, la plupart des régions du Québec sont hétérogènes pour ce qui est de leur classification. Tout comme Gauthier et al. (2009) l'ont considéré, la région sociosanitaire du Bas-St-Laurent qui est classée comme intermédiaire est très étendue et une importante portion de son

territoire se situe à plus de 4 heures du noyau urbain de Québec, elle constitue donc une région éloignée. En ce sens, les deux régions, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Bas-St-Laurent, sont considérées comme des communautés rurales éloignées.

Les régions de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et du Bas-St-Laurent attirent particulièrement l'attention. Seulement 2,9 % des ergothérapeutes du Québec y travaillent selon le dernier rapport annuel de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ, 2020), correspondant ainsi à 121 ergothérapeutes pour le Bas-St-Laurent et 44 pour la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (OEQ, 2020). L'intérêt de considérer ces deux régions rurales éloignées repose aussi sur l'importante distance qui les sépare des noyaux urbains et sur le peu de connaissances existantes des réalités terrain que rencontrent les ergothérapeutes dans ces contextes. De plus, les précédentes études (Gauthier et al., 2009 et Champagne et al., 2018) ayant montré une bonne accessibilité à certains aux services de santé dans ces régions amènent à se questionner sur la généralisation de ces résultats envers les services en ergothérapie; c'est-à-dire à savoir si la pratique des ergothérapeutes dans ces régions suit ces tendances.

2.2. Pratique des ergothérapeutes

La pratique des ergothérapeutes repose sur les lignes directrices canadiennes en ergothérapie (Townsend et Polatajko, 2013) et sur les compétences attendues à être déployées avec toutes les clientèles, peu importe que ce soit en région urbaine ou en région éloignée (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012; Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2010). Toutefois, la recension des écrits empiriques montre que seulement quelques études abordant la réalité clinique servent à dresser un portrait de la pratique des ergothérapeutes au Canada (Aiken et al, 2011; Moll et al, 2013) et au Québec (Gobeil et al, 2019; Rochette et al, 2020). L'étude d'Aiken et al., (2011) auprès de 12 ergothérapeutes s'est particulièrement intéressé, à la pratique basée sur l'occupation, ils ont alors ressorti qu'un écart existe entre comment les ergothérapeutes interrogés croient que l'ergothérapie basée sur l'occupation devrait être exercée et comment elle est pratiquée dans les faits. En Ontario, un portrait de la pratique de la psychothérapie en ergothérapie a été effectué pour explorer la pratique et la formation de 331 ergothérapeutes travaillant avec une clientèle en santé mentale ou avec des douleurs chroniques (Moll et al, 2013), soulevant d'ailleurs que 78% des

ergothérapeutes pratiquaient la psychothérapie. Au Québec, Gobeil et al. (2019) ont dressé un portrait exhaustif des pratiques évaluatives d'ergothérapeutes du Québec pour chacune des clientèles auprès d'un échantillon de 450 ergothérapeutes. Parmi ceux-ci, 201 ergothérapeutes provenaient de milieux ruraux (<150 000 habitants). Toutefois, aucune analyse de la pratique évaluative de ces ergothérapeutes en milieu rural ou éloigné n'a pas été faite. Toujours au Québec, Rochette et al. (2020) se sont penchés à décrire comment les ergothérapeutes titulaires d'une maîtrise percevaient les compétences reliées aux rôles d'expert en habilitation des occupations, communicateur, collaborateur, agent de changement, praticien érudit et professionnel. Les résultats montrent que certaines compétences sont plus difficiles à déployer et que plusieurs facteurs, autant individuels qu'organisationnels peuvent influencer la mise en œuvre, le maintien et le développement des compétences. À la lumière des études recensées ci-haut, aucune ne présente un portrait de la pratique des ergothérapeutes au Québec dans les régions rurales éloignées.

2.3. Particularités de la pratique d'ergothérapeutes en régions rurales éloignées

La recension des écrits portant sur les particularités de la pratique d'ergothérapeutes en régions rurales et éloignées a soulevé qu'à ce jour, les études empiriques ayant abordé la pratique d'ergothérapeutes en région éloignée des noyaux urbains au Canada se sont déroulées en Ontario (Winn et al., 2015), dans le Nord de la Colombie-Britannique (Manahan et al., 2009) et finalement en Alberta et en Saskatchewan (Wielandt, et Taylor, 2010). Aussi, une méta- synthèse réalisée par Roots et Li (2013) incorpore une seule étude du Canada et onze études de l'Australie. Parmi le faible nombre d'études canadiennes s'étant intéressées aux particularités de la pratique rurale des ergothérapeutes, l'étude de Manahan et al., (2009) présente un très faible échantillon d'ergothérapeutes (n=4). D'autre part, plusieurs auteurs australiens ont publié sur le sujet (Kingston et al., 2015; Parkin et al., 2001; Parsons et al., 2003; Merrit et al., 2013) ainsi que Peterson et al., (2003) aux États-Unis et Hu (2012) en Angleterre. Les résultats de ces études empiriques sont détaillés dans les sections qui suivent.

2.3.1. Exigences d'une pratique davantage générale

Plusieurs articles scientifiques recueillis dans la littérature ont montré qu'une des particularités de la pratique des ergothérapeutes en région éloignée ou rurale est que la pratique est davantage générale que spécialisée (Kingston et al., 2015; Peterson et al., 2003), mais que cela peut être un attrait pour différents professionnels (Manahan et al., 2009).

D'ailleurs, la pratique générale fait appel à une grande étendue de connaissances. Kingston et al., (2015) ont questionné des ergothérapeutes et des physiothérapeutes provenant de milieux ruraux/éloignés (n=41) et de milieux métropolitains/régionaux (n=23) afin d'explorer comment les interventions étaient fournies pour répondre aux besoins des résidents des régions rurales/éloignées ayant subi une blessure traumatique à la main. L'obstacle au service le plus fréquemment nommé (74,6% des répondants) est le manque de connaissances spécialisées sur les blessures à la main dans les régions rurales. Ce qui peut être explicable par le fait que la charge des ergothérapeutes est complexe et diversifiée dans ces milieux.

En effet, Peterson et al., (2003), ont étudié les réponses de 44 questionnaires provenant de départements de réadaptation différents (dont 59,1% avaient été complétés par des ergothérapeutes eux-mêmes) dans le but d'examiner la disponibilité des ressources d'ergothérapie dans le Nebraska rural et les diagnostics pour lesquels le service répond. Les résultats de cette étude ont montré que les services d'ergothérapie sont utilisés pour une grande variété de diagnostics dans les régions éloignées des centres urbains (Peterson et al., 2003). Ils ont révélé aussi que les thérapeutes ruraux se perçoivent comme des « touche-à-tout » (Peterson et al., 2003).

Manahan et al., (2009) ont mené des entrevues semi-structurées auprès de 26 professionnels de la santé ayant travaillé dans le nord de la Colombie-Britannique afin de déterminer leurs caractéristiques professionnelles et expériences. D'ailleurs dans les facteurs de recrutement nommés, l'accès à la variété et aux défis a influencé la décision de ces professionnels de travailler en région rurale ou nordique.

2.3.2. La distance à parcourir

Un autre obstacle à la pratique des ergothérapeutes en région éloignée qui ressort dans une métasynthèse (Roots et Li, 2013) et quelques études empiriques (Kingston et al., 2015; Peterson et al., 2003; Wielandt et Taylor, 2010) est la distance à parcourir pour offrir les services. Cet obstacle ressort aussi par une étude effectuée auprès des bénéficiaires de services en ergothérapie (Dew et al., 2013). Roots et Li (2013), dans une métasynthèse dont l'objectif est de préciser les facteurs et les déterminants influençant le recrutement et la rétention des ergothérapeutes dans les zones rurales ont montré qu'une compréhension de la nature de la pratique rurale joue un rôle essentiel dans le recrutement et la rétention des professionnels de la réadaptation en régions rurales. L'analyse des douze études qualitatives a aussi illustré que la pratique des thérapeutes dans ces régions implique une plus grande proportion de temps de travail en déplacement, comparativement à leurs collègues urbains.

Aussi, dans l'offre de service de thérapie de la main en région rurale, la distance et le temps de déplacement a été nommé à 73% comme étant un obstacle (Kingston et al., 2015). L'étude de Peterson et al. (2003) a aussi témoigné que de nombreux thérapeutes du Nebraska devaient voyager au moins trois à cinq jours par semaine et dépassaient fréquemment 100 miles (soit environ 161 km) à chaque aller-retour.

Un des objectifs de l'étude quantitative de Wielandt et Taylor, (2010) est d'identifier les avantages et les défis de la pratique rurale de l'ergothérapie dans les provinces canadiennes de l'Alberta et de la Saskatchewan. Un des résultats prédominants de cette étude est que l'important temps passé à voyager pour le travail présente un défi pour la pratique des ergothérapeutes. S'ajoute à cela le fait que certaines régions éloignées ou rurales se trouvent dans des positions géographiques où les conditions météorologiques sont plus ardues et où les routes sont moins passantes ou moins bien entretenues.

Certes plusieurs études ont abordé l'importante distance à parcourir pour les ergothérapeutes, toutefois Dew et al., (2013) dans une étude phénoménologique auprès d'adultes

recevant des services de santé et de proches aidants en Australie ont soulevé que dans certains cas, les patients eux-mêmes peuvent avoir à se déplacer sur de longues distances pour avoir accès à des services spécialisés.

2.3.3. Manque de ressources

Une autre différence présente entre les milieux ruraux et métropolitains dans la pratique des ergothérapeutes est le peu de ressources humaines dans les régions plus éloignées (Roots et Li, 2013; Wielandt et Taylor, 2010) et le manque de ressources matérielles (Devine, 2006; Kingston et al., 2015). L'analyse effectuée par Roots et Li (2013) sur l'accès à du soutien professionnel comme facteur important de recrutement et de rétention a montré que l'accès limité à des ressources était un obstacle à la pratique des ergothérapeutes. Plus précisément, l'étude montre qu'un soutien de la part de la direction ou de l'organisation est nécessaire, entre autres, en ce qui a trait à la disponibilité des ressources humaines et physiques (Roots et Li, 2013).

Par ce manque de ressources les auteurs abordent évidemment le manque de ressources humaines, soit la pénurie de personnels dans certains milieux. Effectivement, l'étude de Wielandt, et Taylor, (2010) mentionnée précédemment, a identifié la pénurie de personnels comme étant le défi de la pratique rurale le plus fréquemment ressorti (37,3%) par les 59 ergothérapeutes répondants.

Par ailleurs, Devine (2006) a mené une étude qualitative phénoménologique auprès de six ergothérapeutes exerçant en région rurale de Queensland et de Victoria ayant comme objectif d'explorer les perceptions des ergothérapeutes exerçant dans les régions rurales. Elle a montré, entre autres, que les problèmes rencontrés dans la pratique reposent sur l'accès limité à du matériel ce qui rend difficiles l'évaluation et le prêt d'équipements.

Kingston et al. (2015) a aussi ressorti en étudiant les barrières à la thérapie de la main en région rurale que le manque de matériel spécialisé comme des orthèses était un obstacle, tout comme le manque de personnel.

2.3.4. Reconnaissance de la profession

Les ergothérapeutes travaillant dans les régions éloignées des centres urbains rapportent aussi une grande méconnaissance de leur profession. En effet, les répondants de l'étude de Peterson et al., (2003) ont soulevé qu'un facteur qui influençait la charge de travail des ergothérapeutes et la variété des diagnostics dans les références est la méconnaissance du rôle de l'ergothérapeute par la communauté médicale. Les référents étaient davantage familiers avec la physiothérapie pour qui les références étaient ainsi plus nombreuses (Peterson et al., 2003). 17% des participants de l'étude de Wielandt et Taylor (2010) ont soulevé qu'un des défis de la pratique des ergothérapeutes est le temps passé à faire face à des références inappropriées en ergothérapie impliquant ainsi la nécessité d'expliquer son rôle. Il s'agit d'ailleurs d'un défi de la pratique mis de l'avant dans l'étude de Devine (2006), ainsi que dans l'étude de Kingston et al., (2015) montrant que 52.5% des répondants ruraux/éloignés considèrent que les thérapeutes métropolitains ne comprennent pas les particularités de la pratique rurale.

Parkin et ses collaborateurs (2001) ont développé un programme (Allied Health Ambulatory Care Reform Project) pour permettre à 11 nutritionnistes, neuf ergothérapeutes et neuf orthophonistes provenant du service de santé rural du Queensland de vivre une expérience clinique urbaine. Cette étude a fait valoir qu'en ayant une meilleure connaissance des services ruraux, les thérapeutes métropolitains avaient des recommandations et des attentes plus réalistes envers les suivis partagés avec leurs collègues ruraux (Parkin et al., 2001).

2.3.5. Accès à la formation continue

La recension des écrits fait valoir un autre élément relié à la réalité des régions rurales éloignées, celui de l'accès à la formation continue. Comme le mentionne Devine (2006) dans son étude, le fait de ne pas pouvoir se faire remplacer pour assister à des formations ou des conférences est un obstacle à la formation continue, d'autant plus que la charge de cas par ergothérapeute est élevée. S'ajoutent à cela les dépenses globales reliées aux déplacements vers des formations à l'extérieur de la région qui sont beaucoup plus importantes que pour des cliniciens à proximité (Devine, 2006). On peut alors penser aux coûts reliés à l'hébergement, à l'essence, aux repas et au fait de prendre plusieurs jours de congé pour y assister et s'y déplacer. [Ces études ayant été

réalisées avant l'avènement important de la formation continue à distance.] Par ailleurs, le manque de moyens de transport et l'importante distance pour assister aux formations et aux conférences sont des obstacles à la pratique de l'ergothérapie basée sur les données probantes (Peterson et al., 2003). On pourrait alors penser que les ergothérapeutes provenant des régions éloignées des centres urbains auraient une pratique moins basée sur les données probantes. Toutefois, à l'inverse, l'étude de Hu (2012), qui a pour but d'explorer la perception, l'implication et la participation de la pratique basée sur les données probantes par les ergothérapeutes en milieu rural, a démontré qu'il n'existait au final pas de différence significative entre les cliniciens des régions rurales et les cliniciens urbains qui avaient été étudiés dans la littérature.

L'accès à la formation est d'autant plus important pour les ergothérapeutes des milieux ruraux puisque des connaissances étendues s'avèrent nécessaires à leur pratique. Afin d'offrir des services efficaces dans un milieu de santé rural, une large base de connaissances professionnelles est nécessaire (Peterson et al., 2003).

En plus, un domaine particulier de formation continue s'avère nécessaire pour les ergothérapeutes des milieux ruraux. Devine (2006) nomme qu'un des défis de la pratique rurale est la nécessité d'avoir recours à des compétences administratives et de gestion.

2.3.6. Soutien disponible

En ce qui concerne le soutien disponible pour les ergothérapeutes, les études de Devine (2006), Parkin et al., (2001), Peterson et al., (2003) et Winn et al., (2015) ont soulevé que sa disponibilité présentait un défi pour les ergothérapeutes en région rurale éloignée. La difficulté à avoir accès à un mentor, ainsi que le manque de supervision et de rétroaction ont été identifiés dans l'étude de Devine (2006) comme étant un défi pour la pratique des ergothérapeutes. Suite à l'expérience métropolitaine vécue par les participants de l'étude de Parkin et al., (2001) les participants ont ressorti qu'un des aspects les plus positifs de cette expérience était d'avoir eu accès à du soutien. D'ailleurs, les résultats de Peterson et al., (2003) témoignent eux aussi de l'isolement et du manque de support de la part des autres collègues vécus par les ergothérapeutes qui exercent

dans les zones rurales. Winn et al., (2015) ont pour leur part mené une étude auprès de diplômés de 2002 à 2010 de leurs deux programmes de réadaptation (Northern Studies Stream (NSS) and Rehabilitation Studies (RS)) qui ont pour mandat d'augmenter l'engagement et la rétention de professionnels de la réadaptation dans le nord de l'Ontario. Le but de cette étude était de déterminer le taux de recrutement de ces diplômés en milieu rural ou éloigné. Dans les questions secondaires de recherche, les auteurs se sont d'ailleurs intéressés aux facteurs qui ont incité les professionnels à quitter le milieu rural. Parmi ces facteurs, 20 % des 25 professionnels qui avaient quitté le milieu rural nommaient l'avoir fait par manque de support professionnel et de mentorat.

2.3.7. Pratique rurale des ergothérapeutes au Québec

Sans avoir étudié la pratique rurale des ergothérapeutes au Québec, quelques études empiriques réalisées par des étudiants à la maîtrise en ergothérapie renseignent sur certaines réalités de cette pratique (Guillemette, 2021; Hamon, 2013; Rhéault-Petitclerc, 2019; Vermette, 2014). Sans avoir décrit en tant que tel la pratique des ergothérapeutes au Québec, Guillemette (2021) a étudié la perception des ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean de leur niveau d'expertise professionnelle. Cette étude a aussi relevé des particularités dans la pratique des ergothérapeutes de cette région, soulevant que les répondants du Lac-Saint-Jean se percevaient davantage comme des généralistes que ceux du Saguenay. Hamon (2013) dans une étude sur l'évaluation de l'implantation du programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) en milieu rural dans la municipalité régionale de comté (MRC) de la Côte-de-Gaspé et son effet sur les participants a fait ressortir uniquement des points positifs de la part des participants et pour ce qui est des intervenants le point négatif ressorti reste l'épuisement des professionnels et liste d'attente du soutien à domicile. D'autre part, Rhéault-Petitclerc, (2019) s'est intéressée à comprendre l'opérationnalisation des ressources à vocation communautaire en milieu agricole au Québec et à explorer les retombées de la fréquentation de telles ressources sur la participation occupationnelle des personnes ayant une problématique de santé mentale. Finalement, un projet de Vermette (2014) a étudié l'implantation d'une communauté de pratique sur la pratique basée sur les données probantes en région rurale et a montré que la participation à une communauté de pratique pendant cinq mois améliore l'attitude, le niveau de confiance et les connaissances en lien avec la pratique basée sur les données probantes. En somme, les études effectuées en ergothérapie dans un contexte

rural sont très spécifiques et n'avaient pas comme visée d'explorer les particularités de la pratique des ergothérapeutes en milieu rural.

2.4. Constats, pertinence de l'étude et question de recherche

À la suite de la recension des écrits présentés ci-haut, plusieurs constats peuvent être faits. Ils sont présentés ci-dessous :

- Il existe des différences dans la prestation et l'accessibilité aux services de santé et services sociaux selon les régions (Champagne et al., 2018; Gauthier et al., 2009);
- Il y a lieu de constater que les études qui ont étudié la pratique de l'ergothérapie au Canada (Aiken et al, 2011; Moll et al, 2013) et au Québec (Gobeil et al, 2019; Rochette et al, 2020) ne se sont pas attardées précisément à la pratique rurale;
- Jusqu'à ce jour, certains écrits relèvent des différences dans la pratique des ergothérapeutes entre les différentes régions selon leurs contextes (Devine, 2006; Dew et al., 2013; Kingston et al., 2015; Parkin et al., 2001; Parsons et al., 2003; Peterson et al., 2003; Merrit et al., 2013; Hu, 2012);
- Au Canada, les études qui se sont penchées sur les particularités de la pratique des ergothérapeutes en région rurale éloignée sont peu nombreuses (Manahan et al., 2009; Roots et Li, 2013; Wielandt et Taylor, 2010; Winn et al., 2015) et l'une d'entre elles présente un échantillon de seulement 4 ergothérapeutes (Manahan et al., 2009).
- Plusieurs éléments caractérisent la pratique en milieu rural : la pratique générale, la distance, le manque de ressources, la reconnaissance de la profession, l'accès à la formation continue et le soutien disponible.
- Les études empiriques effectuées au Québec dans un contexte rural se sont intéressées à des éléments précis de la pratique des ergothérapeutes et ne documentent pas les particularités de cette pratique au sens large (Guillemette, à paraître; Hamon, 2013; Rhéault-Petitclerc, 2019; Vermette, 2014).

Suite à ces constats, il apparaît pertinent de documenter la pratique des ergothérapeutes, et ce, plus particulièrement au Québec ou en région rurale éloignée, afin de documenter la pratique des ergothérapeutes dans les régions rurales éloignées des noyaux urbains du Québec et à faire avancer les connaissances sur cette réalité clinique. Il sera ainsi plus facile de concevoir des activités de formation continue ou d'offrir du soutien aux ergothérapeutes en dehors des noyaux urbains. En ce sens, la question de recherche qui est adressée suite au constat des différents enjeux en lien avec la pratique des ergothérapeutes dans les régions rurales éloignées est : Comment les ergothérapeutes exerçant en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Bas-St-Laurent décrivent-ils leur pratique clinique ?

2.5. Objectif de recherche

L'objectif de la recherche est de décrire les particularités de la pratique d'ergothérapeutes en région rurale éloignée au Québec, et ce notamment, dans deux régions éloignées limitrophes du Québec, la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et celle du Bas-St-Laurent.

3. CADRE CONCEPTUEL

La présente section décrit les fondements théoriques sur lesquels s'appuyer pour comprendre la description de la pratique d'ergothérapeutes, notamment ce qui constitue les meilleures pratiques en ergothérapie selon les lignes directrices canadiennes (ACE, 1991; Law et al., 1997; MSBE et ACE, 1983; MSBE et ACE, 1986; Sweldove et Brown, 1997; Townsend, Beagan et al., 2013; Townsend, Egan et al., 2013; Townsend et Polatajko, 2013). Seront présentées en premier lieu des définitions de trois concepts centraux de la profession, en plus de la pratique basée sur les données probantes et la formation continue qui se rapportent aux compétences d'expert en habilitation aux occupations et de praticien érudit du Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada (ACE,2012).1

3.1. Concepts centraux en ergothérapie

Les concepts centraux en ergothérapie selon Townsend et Polatajko (2013) incluent l'approche centrée sur le client, la pratique fondée sur les occupations et la pratique basée sur l'habilitation aux occupations. Ils sont définis dans les paragraphes qui suivent. En effet, l'habilitation efficace, centrée sur le client et fondée sur l'occupation définit les meilleures pratiques en ergothérapie (Townsend, Beagan et al., 2013). Ces concepts centraux sont étroitement reliés à la compétence d'expert en habilitation aux occupations présentée dans le Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada (ACE,2012). Effectivement, l'ACE (2012, p.2) nomme qu'il s'agit du « rôle pivot, de l'expertise et de la compétence clé d'un ergothérapeute ». En mettant en pratique cette compétence, les ergothérapeutes procèdent à des actions fondées sur les faits scientifiques et centrés sur l'occupation en considérant les perspectives et la diversité des clients (ACE, 2012).

3.1.1. Approche centrée sur le client

L'approche centrée sur le client est au cœur de la pratique en ergothérapie. Cette approche reconnaît l'expertise du client et le partage de pouvoir puisque le client est un partenaire actif dans le processus de prise en charge en ergothérapie (ACE, 1991; MSBE et ACE, 1983; MSBE et ACE,

1986; Townsend et Polatajko, 2013). En ergothérapie, le concept de client regroupe les individus, les familles, les groupes, les communautés, les organismes ou les populations (Townsend et Polatajko, 2013). L'approche centrée sur le client est au cœur de la profession depuis bon nombre d'années, en effet, dès les premières lignes directrices publiées dans les années 1980, l'Association canadienne des ergothérapeutes décrivait cette approche où le client et ses attentes sont centraux dans la démarche ergothérapique.

3.1.2. Pratique fondée sur l'occupation

En ergothérapie l'occupation est au centre de la pratique puisqu'il s'agit autant du moyen thérapeutique, de l'objectif final que de l'objet d'expertise du thérapeute (ACE, 1997 ; Law et al., 1997; Sweldove et Brown, 1997). L'ergothérapeute agit alors sur l'occupation et à l'aide de l'occupation pour que son client puisse s'engager dans des occupations qui sont significantes pour lui. La pratique fondée sur l'occupation reconnaît que le client est un être occupationnel pour qui l'occupation donne un sens à sa vie (Townsend et Polatajko, 2013). L'occupation correspond à « un ensemble d'activités et de tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification » (Townsend et Polatajko, 2013, p.444). L'occupation renvoie à une panoplie d'actions qu'une personne accomplit dans sa vie personnelle. Ces occupations sont autant attribuables à des loisirs, des soins personnels que de la productivité.

3.1.3. Pratique basée sur l'habilitation aux occupations

L'habilitation aux occupations est la compétence primordiale en ergothérapie (Townsend et Polatajko, 2013). Elle renvoie à l'identité professionnelle et de la spécificité des ergothérapeutes (Townsend, Beagan et al., 2013). La pratique basée sur l'habilitation aux occupations consiste à « habilitier les personnes à choisir, organiser et réaliser les occupations qu'elles considèrent utiles et significantes, dans leur environnement » (CAOT, 1997a; 2002, cité dans Townsend et Polatajko, 2013, p.105). En d'autres mots, l'habilitation en ergothérapie permet d'accompagner la personne à ce qu'elle s'engage selon son plein potentiel par le biais d'occupations significantes (Townsend, Beagan et al., 2013). Habilitier est la méthodologie qui correspond à la mise en place de moyens pour engager le client dans des occupations (Townsend, Beagan et al., 2013). Les stratégies

utilisées sont celles de faciliter, guider, coacher, éduquer, mobiliser, écouter, réfléchir, encourager et collaborer (ACE, 1997a, cité dans Townsend et Polatajko, 2013)

3.2. Pratique basée sur les données probantes

Selon les neuvièmes lignes directrices canadiennes en ergothérapie (Townsend, Egan et al., 2013), la meilleure pratique de l'ergothérapie est celle basée sur les données probantes. D'ailleurs les ergothérapeutes sont encouragés à prendre part à une plus grande participation érudite (Townsend, Egan et al., 2013). L'utilisation de données probantes pour baser sa pratique est en concordance avec la compétence de praticien érudit qui appuie que tous les ergothérapeutes doivent fonder leur pratique sur les meilleurs résultats probants qui découlent de la recherche (ACE, 2012).

3.3. Formation continue

Les compétences de praticien érudit comprennent aussi le fait d'avoir recours à la formation continue comme élément central pour atteindre les meilleures pratiques en ergothérapie. En effet, selon le Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada (ACE,2012) les thérapeutes doivent poursuivre leur formation tout au long de leur carrière pour maintenir et approfondir leur expertise personnelle (ACE, 2012). D'ailleurs, l'OEQ exige de ses membres un minimum de neuf heures de formation continue chaque année qui doivent faire l'objet d'un processus de démarche réflexive dans un portfolio (OEQ, 2012).

4. MÉTHODE

Cette section présente les aspects méthodologiques de la démarche de recherche scientifique pour une étude dont l'objectif est de décrire les particularités de la pratique d'ergothérapeutes en région éloignée des grands centres urbains du Québec, et ce, dans deux régions administratives ciblées du Québec soit la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Bas-St-Laurent. Seront présentés dans cette section : le devis de recherche, la méthode d'échantillonnage, la méthode de collecte de données, la procédure de recherche, l'analyse des données, ainsi que les considérations éthiques.

4.1. Devis de recherche

Le devis utilisé pour mener cette recherche est un devis descriptif de nature quantitative (Fortin et Gagnon, 2016), à l'aide de données majoritairement quantitatives accompagnées de quelques données qualitatives.

4.2. Échantillonnage

Pour ce qui est de l'échantillonnage, le type utilisé est celui par convenance puisque les répondants potentiels étaient des personnes facilement accessibles qui répondaient au critère d'être ergothérapeute membre de l'OEQ et de pratiquer au Bas-St-Laurent ou en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (Fortin et Gagnon, 2016).

4.3. Méthode de collecte de données

Un questionnaire électronique a été choisi comme méthode de collecte de données pour la présente recherche. Il a été conçu à partir de la recension des écrits et était autoadministré et anonyme. La plate-forme *Evalandgo* a été utilisée pour le questionnaire électronique. Cette plateforme est sécurisée par un mot de passe que seule la chercheuse peut utiliser. Le format du questionnaire électronique permet aux répondants d'accéder et de répondre au moment et à l'endroit qui leur conviennent le mieux.

Le questionnaire est réparti en six sections comprenant au total 25 questions. La première section comprend six questions d'ordre démographique (sexe, âge, le statut d'emploi, le nombre d'années d'expérience, le nombre d'années à l'emploi actuel). La deuxième section aborde les caractéristiques du milieu de travail et comprend huit questions sur la région et la MRC, leur secteur d'activités, la charge de travail, le temps moyen de prise en charge, puis les disponibilités de postes en ergothérapie. La troisième section est composée de sept questions qui documentent la pratique des ergothérapeutes (moyen d'information pour l'accès aux meilleures pratiques, aux nouvelles données probantes et à la formation continue, l'accueil de stagiaires, puis le soutien professionnel) à partir de questions dichotomiques et à choix multiples. Ensuite, une question traite de la fréquence d'application des meilleures pratiques en ergothérapie à l'aide d'un dispositif de type Likert à sept niveaux (1 jamais; 2 rarement, dans moins de 10% des cas; 3 occasionnellement, dans environ 30% des cas; 4 parfois, dans approximativement 50% des cas; 5 fréquemment, dans environ 70% des cas; 6 habituellement, dans environ 90% des cas et 7 toujours). La quatrième section porte sur la perception d'appartenance au monde de l'ergothérapie avec deux questions. L'une documente la fréquence de la participation à des activités en ergothérapie avec un dispositif de type Likert à cinq niveaux (1 jamais; 2 rarement, 3 parfois, 4 très souvent et 5 toujours). L'autre quantifie l'appartenance à la communauté en ergothérapie avec un dispositif de type Likert à cinq niveaux (1 très faible; 2 faible, 3 modérée; 4 élevée et 5 très élevée). La cinquième section concerne la perception des obstacles évaluée à l'aide d'un dispositif de type Likert (1 fortement en désaccord; 2 en désaccord; 3 quelque peu en désaccord; 4 ni d'accord ni en désaccord; 5 quelque peu en accord; 6 en accord; 7 fortement en accord) qui comprend 14 items (manque de ressources humaines, temps de déplacement, reconnaissance de la profession, etc.). La sixième section aborde la perception des défis à partir de huit caractéristiques toujours à l'aide d'un dispositif Likert à cinq niveaux (1 totalement un obstacle; 2 un peu un obstacle; 3 ni un obstacle, ni un avantage; 4 un peu un avantage et 5 totalement un avantage).

Le questionnaire recueille principalement des données quantitatives et des données qualitatives par des questions ouvertes servant à recueillir des exemples ou des précisions.

4.4. Procédure de recherche

La procédure de recherche a consisté à établir une liste de répondants potentiels, à partir de la liste des membres de l'OEQ sur leur site Internet pour les régions concernées. De plus, les répondants ont été rejoints à l'aide de leur adresse courriel des CISSS respectifs. Les ergothérapeutes pratiquant dans le domaine privé ou en Centre de services scolaire ont été contactés par le biais d'adresses disponibles publiquement sur le Web ou par l'entremise de l'adresse du service administratif des cliniques qui ont transmis le message aux ergothérapeutes. Le courriel envoyé servait à leur présenter le projet à l'aide d'une lettre de présentation et le lien du questionnaire électronique pour lequel ils pouvaient répondre de manière volontaire. En complétant le questionnaire, les répondants donnent implicitement leur consentement à participer à la recherche. Les répondants étaient invités à transmettre le courriel d'invitation (lettre d'information et le lien du questionnaire électronique) à leurs collègues ergothérapeutes. Une fois le questionnaire envoyé les répondants avaient environ six semaines pour répondre au questionnaire, un rappel électronique a été envoyé deux semaines avant la fin de la période de collecte de données.

4.5. Analyse des données

Les données quantitatives ont fait l'objet d'analyses à l'aide de statistiques descriptives simples, notamment des moyennes, des écarts-types, des fréquences et des pourcentages. Les précisions et exemples qu'ont fournis les répondants du questionnaire en ligne ont été téléchargés dans un document Word pour en faciliter l'extraction. Par la suite, ces données qualitatives ont fait l'objet d'analyse de contenu de manière à dégager les thèmes saillants et les tendances qui en ressortent (Fortin et Gagnon, 2016). La validation des thèmes a été réalisée par deux chercheuses.

4.6. Considérations éthiques

Le projet de recherche a été approuvé par le Comité éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le certificat portant le numéro CER-21-273-07.16 a été attribué le 2 février 2021. Le questionnaire électronique permettait de recueillir anonymement les données pour respecter la confidentialité des répondants. Le fait d'accepter de remplir le questionnaire après la lecture de la lettre de présentation de l'étude via le lien Web faisait office de consentement à participer à l'étude. En tout temps, les répondants étaient libres de

répondre ou d'ignorer les questions. Tous les fichiers contenant les résultats étaient sécurisés à l'aide d'un mot de passe pour que seules la chercheuse principale et la directrice de l'essai aient accès à ces données.

5. RÉSULTATS

La section suivante rapporte les résultats de l'étude dont l'objectif est de décrire les particularités de la pratique d'ergothérapeutes en région rurale éloignée au Québec, et ce notamment, dans deux régions éloignées limitrophes du Québec, la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et celle du Bas-St-Laurent. D'abord, les caractéristiques démographiques des répondants sont présentées. Ensuite, les résultats seront rapportés pour présenter les caractéristiques du milieu de travail des ergothérapeutes répondants, la description de la pratique des ergothérapeutes, la perception d'appartenance au monde de l'ergothérapie, puis la perception des obstacles de la pratique des ergothérapeutes en région éloignée.

5.1. Caractéristiques des répondants

Sur les 147 ergothérapeutes ayant été contactés, 80 ont répondu au questionnaire électronique, ce qui correspond à un taux de réponse de 54,4 %. Parmi les répondants, 95% sont des femmes (n=76). L'âge des répondants varie entre 23 et 59 ans pour une moyenne d'âge de 37,5 ans (SD=9,6). 98,8% des répondants (n=79) sont des cliniciens, on compte aussi parmi notre échantillon des coordonnateurs cliniques (n=6), des gestionnaires (n=3), un consultant, deux gestionnaires de cas et un propriétaire (à noter que certains répondants exerçaient plus d'un rôle dans leur milieu). Les ergothérapeutes répondants comptent en moyenne 13,6 années d'expérience (SD=9,4), et ce, pour une moyenne de 9,1 ans comme ergothérapeute à l'emploi actuel (SD=8). Ils occupent à 68,75% (n=55) un emploi régulier à plein temps. Le tableau 1 donne des précisions quant à la répartition du sexe, de l'âge, des catégories d'emploi, les années d'expérience et le nombre d'années à l'emploi actuel.

Tableau 1. *Données sociodémographiques*

Données sociodémographiques		%	n
Sexe	Femme	95,00	76
	Homme	3,75	3
	Préfère ne pas répondre	1,25	1
			Total : 79
Âge	20 à 29 ans	21,52	17
	30 à 39 ans	44,30	35
	40 à 49 ans	20,25	16
	50 à 59 ans	13,92	11
Années d'expérience	Entre 0 et <5 ans	18,75	15
	Entre 5 et <10 ans	21,25	17
	Entre 10 et <15 ans	18,75	15
	Entre 15 et <20 ans	15,00	12
	Entre 20 et <25 ans	8,75	7
	Entre 25 et <30 ans	10,00	8
Années d'expérience à l'emploi actuel	Entre 30 et <35 ans	7,50	6
	Entre 0 et <5 ans	37,50	30
	Entre 5 et <10 ans	20,00	16
	Entre 10 et <15 ans	17,50	14
	Entre 15 et <20 ans	13,75	11
	Entre 20 et <25 ans	5,00	4
Catégorie d'emploi *	Entre 25 et <30 ans	3,75	3
	Entre 30 et <35 ans	2,50	2
	Clinicien	98,75	79
	Coordonnateur clinique	7,50	6
	Gestionnaire	3,75	3
	Gestionnaire de cas	2,50	2
	Consultant	1,25	1
	Autre (Propriétaire)	1,25	1
Statut	Responsable de projets spéciaux		
	Chercheur		
	Régulier à temps plein	68,75	55
	Régulier à temps partiel	18,75	15
	Autre	6,25	5
	Remplacement temporaire sur un poste à temps plein	5,00	4
	Remplacement temporaire sur un poste à temps partiel	1,25	1
	Emploi temporaire sur un projet spécial non permanent à temps plein	-	-
	Emploi temporaire sur un projet spécial non permanent à temps partiel	-	-

* La somme des pourcentages excédant 100% s'explique par le fait que les répondants pouvaient donner plus d'une réponse

** Pour la réponse autre l'on retrouve : sans solde partiel; temps complet temporaire (pas de poste) sur un projet qui permettra l'ouverture d'un poste éventuellement; surcroit indéterminé, variant entre temps partiel et temps complet selon les besoins; remplacement temporaire sur plusieurs postes temps partiel qui font un temps plein.

5.2. Caractéristiques des milieux de pratique

Chez les 80 répondants au questionnaire, 62,5% pratiquent au Bas-St-Laurent (n=50) et 37,5% exercent en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (n=30), la répartition en fonction des MRC et territoires est présentée au tableau 2. Ce même tableau illustre aussi la répartition des milieux dans lesquels exercent les 11 ergothérapeutes qui exercent au privé (13,75%), ainsi que les 71 qui pratiquent au public (88,75%). Sur les 79 répondants qui ont donné une réponse à savoir s'il y avait une charge de travail attendue par ergothérapeute, 35,44% (n=28) ont donné une réponse positive. Parmi ceux-ci, certains nomment que l'employeur exige quatre clients par jour, un minimum de 12h d'intervention directe par semaine, huit nouveaux dossiers par mois, 80% de temps direct pour 20% autre, ouverture de six à huit nouveaux dossiers par mois ou encore voir un client chaque 30 minutes. Sur les 75 répondants (93,75%) qui ont mentionné qu'il y avait de l'attente pour recevoir les services en ergothérapie, les délais mentionnés varient de 24 heures jusqu'à sept ans. Ensuite, parmi les 58,75% des répondants (n=47) qui ont mentionné que tous les postes en ergothérapie étaient comblés dans leur milieu, 73,34% des répondants (n=34) ont nommé que ce n'était pas suffisant pour offrir le service. Pour ceux qui ont nommé qu'il restait des postes en ergothérapie à combler dans leur milieu, on remarque une tendance entre un et trois postes vacants, allant même jusqu'à huit dans certains secteurs.

Tableau 2. *Caractéristiques du milieu de travail des répondants*

Caractéristiques du milieu		%	n
Région	Territoire/MRC		
Bas-St-Laurent¹		62,5	50
	Rimouski-Neigette	32	16
	Rivière-du-Loup	28	14
	Kamouraska	24	12
	Matapédia	22	11
	Témiscouata	22	11
	Mitis	16	8
	Matanie	16	8
	Basques	14	7
Gaspésie²		37,5	30
	Côte-de-Gaspé	36,67	11
	Baie-des-Chaleurs	36,67	11
	Rocher-Percé	16,67	5
	Haute-Gaspésie	10,00	3
	Îles-de-la-Madeleine	10,00	3
Réseau³			
Public *		88,75	71
	Dans un CISSS (volet CLSC)	39,44	28
	Centre de réadaptation volet CRDP	35,21	25
	Centre de réadaptation volet CRDI	14,08	10
	Dans un CISSS volet CHSLD	14,08	10
	Dans un CISSS volet enfance-famille-jeunesse	11,27	8
	Dans un CISSS volet CH	9,86	7
	Dans un CISSS volet santé mentale	5,63	4
	Commission scolaire	5,63	4
	Autre ⁴	2,82	2
Privé *		13,75	11
	Clinique privée volet adulte, NCESST ou SAAQ	63,64	7
	Clinique privée volet assurances, retour à l'emploi	63,64	7
	Clinique privée multidisciplinaire	54,55	6
	Clinique privée volet santé mentale	54,55	6
	Clinique privée volet enfance	18,18	2
	Pratique autonome	18,18	2
	Clinique privée d'ergothérapie	9,09	1

¹ 13 répondants travaillent dans plus d'un territoire² 1 répondant travaille dans plus d'une MRC³ 2 répondants pratiquent au privé et au public⁴ Dans les réponses autre, l'on retrouve : Dans un CISSS volet clinique externe

* La somme des pourcentages excédant 100% s'explique par le fait que les répondants pouvaient donner plus d'une réponse

5.3. Description de la pratique d'ergothérapeutes

La présente section aborde la description de la pratique des ergothérapeutes, les moyens d'informations utilisés par les répondants pour rester informés des meilleures pratiques et des dernières données probantes, puis des stratégies utilisées pour participer à la formation continue. Elle présente aussi les données recueillies portant sur l'accueil de stagiaires en ergothérapie, sur

l'appartenance à des groupes professionnels et sur leur type de pratique en lien avec les concepts fondamentaux de la profession.

5.3.1. Caractéristiques de la pratique des ergothérapeutes telles que perçues

Les répondants ont été questionnés sur le recours aux concepts centraux de la profession dans leur pratique. 95,25 % des répondants (n= 76) rapportent avoir toujours et aussi dans 90 % et 70 % des cas une approche centrée sur la personne. 90% des répondants (n=72) affirment avoir toujours et aussi dans 90% à 70% une approche fondée sur l'occupation. En ce qui concerne le fait d'avoir une pratique fondée sur l'habilitation aux occupations, 81,25% des répondants (n=65) soulignent adopter cette pratique toujours et dans 90% et 70% des cas. Aussi, 75% des répondants (n=60) nomment avoir davantage une pratique davantage généraliste que spécialisée. De plus, 58,75% des répondants (n=47) rapportent baser leur pratique sur les dernières données probantes. Le tableau 3 fournit les détails de la répartition des fréquences en lien avec le recours aux concepts centraux de la profession.

Tableau 3. *Caractéristiques de la pratique des ergothérapeutes*

	Toujours	Habituellement, dans environ 90% des cas	Fréquemment, dans environ 70% des cas	Parfois, dans environ 50% des cas	Occasionnellement, dans environ 30% des cas	Rarement, Jamais dans moins de 10% des cas	
Avoir une approche centrée sur la personne (n=80)	21 (26,25%)	45 (56,25%)	10 (12,5%)	4 (5%)	-	-	-
Avoir une pratique fondée sur les occupations (n=80)	17 (21,25%)	34 (42,5%)	21(26,25%)	8 (10%)	-	-	-
Avoir une pratique fondée sur l'habilitation aux occupations (n=79)	7 (8,86%)	34 (43,04%)	24 (30,38%)	10 (12,66%)	2 (2,53%)	2 (2,53%)	-
Adopter une pratique davantage généraliste que spécialisée (n=80)	28 (35%)	19 (23,75%)	13 (16,25%)	12 (15%)	4 (5%)	2 (2,5%)	2 (2,5%)
Avoir une pratique fondée sur les dernières données probantes (n=79)	2 (2,53%)	16 (20,25%)	29 (36,71%)	17 (21,52%)	10 (12,66%)	5 (6,33%)	-

5.3.2. Être informé des meilleures pratiques et données probantes et stratégies de formation continue

La présente section expose les résultats reliés aux façons dont les répondants se tiennent informés des meilleures pratiques et nouvelles données probantes, en plus des stratégies de formation auxquelles ils ont recours.

Il a été demandé aux répondants d'indiquer comment ils se tenaient informés des meilleures pratiques et des nouvelles données probantes dans leur champ de pratique. 93,75% des répondants (n=75) ont rapporté participer à des formations ou des colloques, 58,75% des répondants (n=47) le faire grâce à du soutien de la part de collègues expérimentés et 56,25% des répondants (n=45) par la lecture d'articles scientifiques. Le tableau 4 donne les détails des diverses façons dont les répondants restent informés. 21,25% (n=17) des répondants ont sélectionné la catégorie autre. Dans ces réponses, on retrouve notamment de rester informé par des groupes sur les réseaux sociaux, la lecture de livres, de publications de l'OEQ et de différentes associations telles que la société d'Alzheimer et de sclérose en plaques du Canada, la participation à des communautés de pratique et le partage avec des étudiants d'été ou des collègues qui sortent de l'université.

Tableau 4. *Façons pour être informé sur les meilleures pratiques et les nouvelles données probantes*

Moyens d'information	%	n (n_{total}=80)
En assistant à des formations ou des colloques	93,75	75
Par du soutien de la part de collègues expérimentés	58,75	47
Par la lecture d'articles scientifiques	56,25	45
Par des stagiaires en ergothérapie	35,00	28
Par un abonnement à des revues ou des journaux	18,75	15
Par ma formation universitaire récente	17,50	14
Autre	21,25	17

Par la suite, les ergothérapeutes ont été questionnés quant aux stratégies prises pour avoir accès à la formation continue. 91,25% des répondants (n=73) ont mentionné avoir recours à des cours en ligne. La répartition des autres stratégies pour participer à la formation continue est présentée dans le tableau 5. 15 % des répondants (n=12) ont indiqué autre. On y retrouve des précisions par rapport au contexte de la pandémie qui a rendu accessible un plus grand nombre de formations en ligne et sur le peu de budgets alloués à la formation. D'autres réponses comprennent aussi le soutien d'enseignants universitaires, en consultant des ressources suprarégionales spécialisées (ex. Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ)), par mentorat avec des ergothérapeutes expérimentés ou certains sites Internet d'ergothérapeutes reconnus.

Tableau 5. *Stratégies pour participer à la formation continue*

Stratégies d'accès	%	n (n_{total}=80)
Par des cours en ligne	91,25	73
En me déplaçant pour assister à des formations à l'extérieur de la région	73,75	59
Par du soutien auprès de personnes d'expérience dans ma région	45,00	36
Par des formations offertes dans ma région	32,50	26
En accueillant des stagiaires	21,25	17
Autre	15,00	12

À la question : « Avez-vous déjà accueilli des stagiaires ? », 53,75 % des répondants (n=43) ont nommé en avoir déjà supervisé. Parmi eux, 74,42% (n=32) en ont supervisé dans les cinq dernières années.

5.3.3. Soutien professionnel

Le soutien professionnel est obtenu de diverses façons par les répondants. Il a été demandé aux ergothérapeutes d'identifier les personnes vers qui ils étaient davantage portés à s'adresser lorsqu'ils avaient un questionnement. 86,25 % des répondants (n=69) se disent davantage porté à s'adresser à des collègues ergothérapeutes dans le même établissement qu'eux. Le tableau 6 présente la répartition des personnes ressources consultées en cas de questionnement. Quatre répondants ont nommé d'autres éléments de réponse soit : des collègues de leur secteur (neuropsychologue, psychologue et psychiatre), des ergothérapeutes d'expérience à l'IRDPQ, des mentors (professeurs à l'université et des collègues d'expérience qui travaillent dans le même domaine).

Tableau 6. *Soutien professionnel en cas de questionnement*

Personnes ressources	%	n(n_{total}=80)
À des collègues ergothérapeutes dans le même établissement	86,25	69
À des collègues de toutes disciplines dans le même établissement	51,25	41
En général vers des communautés virtuelles (par exemple le groupe Facebook Ergothérapie Québec)	50,00	40
À des collègues au niveau régional	48,75	39
À des collègues au niveau provincial	41,25	33
À des diplômés de votre cohorte universitaire	20,00	16
Autre	5,00	4

Il a été demandé aux répondants s'ils appartenaient à des groupes professionnels. 40% des répondants (n=32) affirment faire partie d'une communauté de pratique, alors que 32,5% des répondants (n=26) rapportent qu'ils n'appartiennent à aucun groupe de ce genre. La répartition dans les autres groupes se retrouve au tableau 7. Pour ce qui est du 15% des répondants (n=12) ayant sélectionné la case « autre », on retrouve des réponses telles que : association québécoise pour premiers épisodes psychotiques, conseil d'administration de l'association québécoise des ergothérapeutes en pratique privée (AQEPP), des comités de pairs, des rencontres entre ergothérapeutes du CISSS et des regroupements d'ergothérapeutes en santé mentale.

Tableau 7. *Participation à des groupes professionnels*

Groupes	%	n(n _{total} =80)
Communauté de pratique	40,00	32
Je n'appartiens à aucun groupe de ce genre	32,50	26
Groupe d'intérêt	28,75	23
Autre	15,00	12
Groupe de soutien	2,50	2

5.4. Appartenance au monde de l'ergothérapie

Les prochains résultats traitent de l'appartenance au monde de l'ergothérapie. Les répondants ont été questionnés sur la fréquence à laquelle ils prenaient part à des activités en ergothérapie. Pour ce qui est de participer à des congrès ou des colloques spécifiques à l'ergothérapie, 61,25% des répondants (n=49) affirment participer jamais ou rarement à des congrès, 33,75% des répondants (n=27) disent participer parfois et 5% (n=4) très souvent, aucun répondant n'y participe toujours. Concernant le fait de s'impliquer dans une association en ergothérapie, 90 % des répondants (n=72) rapportent qu'ils ne s'impliquent jamais et rarement dans de telles associations. 71,25% des répondants (n=57) participent parfois, très souvent et toujours à des rencontres pour se soutenir entre ergothérapeutes. Le tableau 8 présente les résultats détaillés de cette question.

Tableau 8. *Participation à des activités en ergothérapie (n=80)*

	Toujours	Très souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Il m'arrive de participer à des congrès ou des colloques spécifiques à l'ergothérapie	-	4 (5%)	27 (33,75%)	28 (35%)	21 (26,25%)
Je m'implique dans une association en ergothérapie	1 (1,25%)	2 (2,5%)	5 (6,25%)	12 (15%)	60 (75%)
Avec mon équipe, nous faisons des rencontres pour nous soutenir entre ergothérapeutes	3 (3,75%)	22 (27,5%)	32 (40%)	18 (22,5%)	5 (6,25%)

À la question : « Comment percevez-vous votre appartenance à la communauté en ergothérapie ? », 7,5 % des répondants (n=6) affirment percevoir leur appartenance comme très élevée, 26,25% (n=21) élevée, 45,00% (n=36) modérée, 16,25% (n=13) faible et 5% (n=4) très faible.

5.5. Obstacles à la pratique des ergothérapeutes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et du Bas-St-Laurent

Les répondants étaient invités à donner leur niveau d'accord sur quatorze obstacles potentiels à la pratique des ergothérapeutes en région rurale éloignée. Les résultats abordés dans ce paragraphe présentent en ordre d'importance les obstacles (plus haut pourcentage d'accord) soulevés par les répondants. Concernant la position géographique des ergothérapeutes qui influence leur participation à des congrès ou des formations en ergothérapie, 93,67% des répondants (n=74) sont « quelque peu en accord », « en accord » et « fortement en accord » avec cet énoncé. Alors qu'il est demandé si le manque de ressources humaines est un obstacle à leur travail, 76,25% des répondants (n=61) sont « quelque peu en accord », « en accord » et « fortement en accord ». 86,25% des répondants (n=69) affirment être « quelque peu en accord », « en accord » ou « fortement en accord » avec le fait que leur charge de cas est souvent complexe et variée. L'énoncé suivant : La qualité du service que j'offre à mes clients est compromise par les délais associés à ma position géographique (par exemple délais de livraison plus longs ou déplacement d'équipes spécialisées peu fréquent) a été répondu par 47,50% des répondants (n=38) comme « quelque peu en accord », « en accord » et « fortement en accord ». 46,25% des répondants (n=37) sont « quelque peu en accord », « en accord » et « fortement en accord » avec l'énoncé rapportant que le manque de ressources (exemple : budget ou matériel) est un obstacle pour leurs évaluations ou le prêt de matériel. Pour ce qui est du fait de trouver difficile l'accès à un soutien professionnel ou un mentor, 46,25% des répondants (n=37) sont « quelque peu en accord », « en accord » et « fortement en accord », alors que 18,75% des répondants (n=15) se disent neutre et 35% (n=28) rapportent qu'ils sont fortement en désaccord », « en désaccord » et « quelque peu en désaccord ». Lorsqu'il est demandé s'ils considèrent que le temps passé en déplacements est important dans leur horaire, les réponses sont variées, 18,75% des répondants (n=15) sont en « désaccord », 17,5% (n=14) sont « fortement en accord » et 16,25% (n=13) ne sont « ni en en accord ni en désaccord ». En leur demandant s'ils sentent que les autres professionnels de leur équipe ont du mal à reconnaître le rôle de l'ergothérapeute, à 22,5% (n=18) les répondants ont souligné être « en désaccord », alors que la même proportion a nommé être « quelque peu en accord ». Alors qu'un énoncé mentionne : Je considère que les délais d'attente sont raisonnables pour recevoir des services en ergothérapie, 65,00% des répondants (n=52) nomment être « fortement en désaccord », « en désaccord » ou « quelque peu en désaccord ». 60% des répondants (n=48) affirment être « fortement en désaccord », « en désaccord » et « quelque peu en désaccord » avec le fait de passer

beaucoup de temps à faire face à des références inappropriées. En demandant leur niveau d'accord sur le fait que leur milieu ne permet pas assez de progression de carrière et de défis professionnels, 57,50% des répondants (n=46) rapportent être « fortement en désaccord », « en désaccord » ou « quelque peu en désaccord ». Pour ce qui est d'éprouver des difficultés à communiquer avec les membres de son équipe (par exemple puisqu'ils sont dans des points de services différents), 71,25% des répondants (n=57) sont « fortement en désaccord », « en désaccord » et « quelque peu en désaccord » avec cet énoncé. En demandant s'ils considèrent que tous les besoins peuvent être répondus en ergothérapie dans leur milieu, 57,5% des répondants (n=46) rapportent être « fortement en désaccord », « en désaccord » ou « quelque peu en désaccord ». À l'énoncé disant qu'ils se sentent sous-évalués professionnellement par leurs collègues des centres métropolitains, 23,08% des répondants (n=18) nomment être « en désaccord » avec l'énoncé et la même proportion être neutre envers celui-ci. Le tableau 9 présente les détails de la répartition des réponses.

Tableau 9. *Perception des obstacles à la pratique des ergothérapeutes en région rurale éloignée*

	fortement en accord	en accord	quelque peu en accord	ni d'accord ni en désaccord	quelque peu en désaccord	en désaccord	fortement en désaccord
Ma position géographique influence ma participation à des congrès ou des formations en ergothérapie (n _{total} =79)	46 (58,23%)	17 (21,52%)	11 (13,92%)	3 (3,8%)	1 (1,27%)	1 (1,27%)	-
Le manque de ressources humaines est un obstacle à mon travail (n _{total} =80)	28 (35%)	15 (18,75%)	18 (22,5%)	7 (8,75%)	7 (8,75%)	3 (3,75%)	2 (2,5%)
Ma charge de cas est souvent complexe et variée (n _{total} =80)	27 (33,75%)	27 (33,75%)	15 (18,75%)	9 (11,25%)	1 (1,25%)	1 (1,25%)	-
La qualité du service que j'offre à mes clients est compromise par les délais associés à ma position géographique (par exemple délais de livraison plus longs ou déplacement d'équipes spécialisées peu fréquent) (n _{total} =80)	4 (5%)	18 (22,5%)	16 (20%)	13 (16,25%)	9 (11,25%)	11 (13,75%)	9 (11,25%)
Le manque de ressources (exemple :	8 (10%)	11 (13,75%)	18 (22,5%)	15 (18,75%)	13 (16,25%)	11 (13,75%)	4 (5%)

budget ou matériel) est un obstacle pour mes évaluations ou le prêt de matériel (n _{total} =80)							
Je trouve difficile d'avoir accès à soutien professionnel ou un mentor (n _{total} =80)	11 (13,5%)	12 (15%)	14 (17,5%)	15 (18,75%)	8 (10%)	15 (18,75%)	5 (6,25%)
Je considère que le temps passé en déplacement est important dans mon horaire (n _{total} =80)	14 (17,5%)	12 (15%)	10 (12,5%)	13 (16,25%)	3 (3,75%)	15 (18,75%)	13 (16,25%)
Je sens que les autres professionnels de mon équipe ont du mal à reconnaître le rôle de l'ergothérapeute (n _{total} =80)	3 (3,75%)	4 (5%)	18 (22,5%)	12 (15%)	12 (15%)	18 (22,5%)	13 (16,25%)
Je considère que les délais d'attente sont raisonnables pour recevoir des services en ergothérapie (n _{total} =80)	3 (3,75%)	12 (15%)	8 (10%)	5 (6,25%)	14 (17,5%)	17 (21,25%)	21 (26,25%)
Je passe beaucoup de temps à faire face à des références inappropriées en ergothérapie (n _{total} =80)	3 (3,75%)	7 (8,75%)	13 (16,25%)	9 (11,25%)	19 (23,75%)	23 (28,75%)	6 (7,5%)
Je sens que mon milieu ne me permet pas assez de progression de carrière et de défis professionnels (n _{total} =80)	5 (6,25%)	6 (7,5%)	8 (10%)	15 (18,75%)	14 (17,5%)	18 (22,5%)	14 (17,5%)
J'éprouve des difficultés à communiquer avec les membres de mon équipe (par exemple puisque nous sommes dans des points de services différents) (n _{total} =80)	-	6 (7,5%)	9 (11,25%)	8 (10%)	11 (13,75%)	30 (37,5%)	16 (20%)
Je considère que tous les besoins peuvent être répondus en ergothérapie dans mon milieu (n _{total} =80)	1 (1,25%)	5 (6,25%)	8 (10%)	20 (25%)	18 (22,5%)	15 (18,75%)	13 (16,25%)
Je me sens sous-évaluée professionnellement par mes collègues des centres métropolitains (n _{total} =78)	4 (5,13%)	6 (7,69%)	6 (7,69%)	18 (23,08%)	13 (16,67%)	18 (23,08%)	13 (16,67%)

Il était possible pour les répondants de fournir des commentaires qualitatifs reliés aux obstacles. 26 répondants ont inscrit des commentaires conduisant à 75 énoncés. L'analyse de contenu de ces énoncés a mené à 15 thèmes : l'accès à la formation continue, manque de ressources humaines, reconnaissance de la profession, temps de déplacement, manque de ressources, délai en lien avec la position géographique, réorganisation des services, pratique généraliste, délai d'accès aux services, manque de services pour les clients, charge de cas élevée, possibilité de développement, charge de cas variée, soutien professionnel et proximité avec les clients, les énoncés qui ne correspondaient pas à ces catégories ont été classés dans autre. 20 % des énoncés (n=15) se rattachent à l'accès à la formation continue, la suite de la répartition des énoncés par thèmes se retrouve au tableau 10.

Tableau 10. *Types d'obstacles à la pratique d'ergothérapeutes en région rurale éloignée en fonction de leur fréquence (n_{total}=75)*

Thèmes	% (Nb. d'énoncés)	Exemples d'énoncés *
Accès à la formation continue	20% (n= 15)	Difficile d'aller chercher des formations en ville qui sont onéreuses en déplacements, temps, etc. (E19) Difficulté à avoir des formations en région, nous devons le plus souvent nous déplacer (E33) Étant donné les coûts de déplacements élevés pour les formations, nous n'avons pas souvent de formations payées. Les formations de groupe sont priorisées et ma pratique n'est souvent pas en rapport avec ces formations. Je n'ai pas eu formation payée depuis 4 ans. (E36) La formation en ligne c'est intéressant, mais, avant le Covid on profitait de l'occasion pour se rencontrer et échanger entre collègues ergo sur des problématiques et autres sujets ergothérapeutiques. (E61) Le budget formation est très limité, alors que nous en aurions besoin encore plus qu'en ville (ex: un ergothérapeute qui a une clientèle spécifique). (E69)
Manque de ressources humaines	10,67% (n= 8)	Difficulté de recrutement de personnel. (E55) Nous n'avons pas assez de postes d'ergothérapeutes pour la demande. (E68) De par le peu d'ouverture/démarches pour avoir des ergothérapeutes en liste de rappel, la pression retombe sur les mêmes personnes pour tous les congés/absences. Cela fait également en sorte que l'on se dépêche à fermer les requêtes pour passer à la suivante en ne répondant qu'à la demande initiale qui n'est pas la plus significative pour le client. (E73)
Reconnaissance de la profession	10,67% (n= 8)	Je fais beaucoup d'effort pour faire connaître ma profession, mais c'est encore flou pour plusieurs (références neuropsychologiques fréquentes). (E14) Rôle de l'ergothérapie mal connu de la population (références non pertinentes en ergothérapie ex. réparation, je dois alors référer à un mécanicien, mais sont de nombre limité). (E42) Référence inappropriée en ergothérapie, manque de connaissances de mes collègues. (E50)

Temps de déplacement	9,33% (n= 7)	<p>Territoire très grand avec longs déplacements ce qui ne permet pas de voir beaucoup de personnes en même temps. (E24)</p> <p>Ex. souvent 1 professionnel pour 4 MRC avec plus de 2 heures de déplacement pour l'aller. (E35)</p> <p>Le temps de déplacements et [...] sont les principaux obstacles à ma pratique. (E59)</p>
Manque de ressources	9,33% (n= 7)	<p>Peu de postes financés, donc malgré les besoins importants, tous les postes sont comblés mais il y aurait la nécessité d'en ouvrir 3 à 5 fois plus pour vraiment offrir un service de qualité. (E36)</p> <p>Matériel plus restreint au prêt d'équipement. (E43)</p> <p>Accès à des spécialistes et médecins difficile. (E53)</p> <p>Environnement physique désuet et pas de local dédié à l'ergothérapie pour des activités, intervention spécifique [...] (E72)</p>
Délai en lien avec la position géographique	6,67% (n= 5)	<p>Nous avons souvent des délais pour les équipements, mais les compagnies sont habituellement d'accord pour nous envoyer des démos pour des essais. (E38)</p> <p>Délais de livraison. (E44)</p> <p>Peu d'accès à des fournisseurs variés. Comme il n'y en a qu'un seul, on dirait que leur service est pris pour acquis et j'ai l'impression d'avoir un moins bon service, car pas de concurrence. (E57)</p>
Réorganisation des services	6,67% (n= 5)	<p>Mon principal obstacle en est un d'approche par programmes faisant en sorte que je travaille seule dans mon programme avec des physios et je n'ai plus de contact avec mes collègues ergothérapeutes d'autres programmes. (E16)</p> <p>Entraîne souvent que notre expertise est dirigée vers d'autres corps de métier ex: des troubles de comportements en lien avec la démence sont dirigés vers les TES, car moins de listes d'attente. Les sécurités des transferts au bain ou dans le lit sont envoyées en physiothérapie ou aux technologues en physiothérapie, car ils entrent plus rapidement dans les dossiers. (E29)</p>
Pratique généraliste	5,33% (n= 4)	<p>Depuis quelques années, la méthode Leans a fait en sorte que les services ergothérapie en première et deuxième ligne se sont fusionnés et que l'employeur veut que tous soient en mesure de travailler avec l'ensemble de la clientèle. L'expertise est dévalorisée, nous devons être capables d'être remplacées ou remplacer chaque ergothérapeute de notre territoire. (E15)</p> <p>Il est difficile de développer une expertise. (E22)</p> <p>Certains cas complexes doivent être référés en cliniques spécialisées en ville. (E37)</p>
Délai d'accès aux services	4% (n= 3)	<p>L'enjeu est qu'il ne s'agit pas du meilleur professionnel pour entrer rapidement dans les dossiers. (E30)</p> <p>Liste d'attente de plus d'un an. (E49)</p>
Manque de services pour les clients	4% (n= 3)	<p>La santé mentale n'est pas répondue en ergothérapie dans notre région... (E27)</p> <p>Manque d'accès à des associations ou ressources pour aider les patients suite à une hospitalisation. (E32)</p> <p>Également peu de choix pour référer les gens pour du matériel ou des ressources privées. (E58)</p>
Charge de cas élevée	2,67% (n= 2)	<p>Charge de cas élevé pour la capacité réelle de prise en charge efficace. (E7)</p> <p>La charge de cas est trop grande, mais selon les gestionnaires pas de possibilités d'ajouter des postes. (E25)</p>
Possibilité de développement	2,67% (n= 2)	<p>J'ai récemment démissionné du CISSS [...] en raison du manque de possibilité de développement. (E48)</p>

		Au niveau professionnel, si tu veux t'impliquer il a des possibilités (élaboration des programmes de lésions, chutes, contention, conseil multidisciplinaire, syndicat, conseil administratif, gestion de personnel, etc... (E63)
Charge de cas variée	2,67% (n= 2)	[...] peu de considération de cet aspect par l'employeur. On nous demande de répondre à des demandes de services avec lesquelles nous ne sommes pas à l'aise et qui sont plus spécialisées et pour lesquelles l'employeur ne nous forme pas adéquatement. La cible de temps direct ne considère pas la variété de cas et de situations que nous rencontrons ni les déplacements que nous avons à faire. (E67)
Soutien professionnel	2,67% (n= 2)	Le soutien est plus complexe quand on est une seule ergothérapeute par établissement, ainsi que le partage d'outils et formulaires. (E75)
Proximité avec les clients	1,33% (n= 1)	Gérer avec la notion de confidentialité étant donné la proximité entre les membres de la communauté. (E46)
Autre	2,67% (n= 2)	À mon avis la pratique privée présente moins d'obstacles. (E74)

*Se trouve entre parenthèses le numéro de l'énoncé, précédé de la lettre « E ».

5.6. Perception des défis de la pratique des ergothérapeutes

Les répondants étaient invités à se prononcer sur les défis de la pratique des ergothérapeutes en région rurale éloignée en spécifiant si les affirmations étaient davantage des obstacles ou des avantages. Concernant l'autonomie professionnelle, 86,25% des répondants (n=69) ont sélectionné « totalement un avantage » et « un peu un avantage ». Pour ce qui est d'avoir une pratique diversifiée, 71,25% des répondants (n=57) rapportent qu'il s'agit « un peu d'un avantage » et « totalement d'un avantage ». Par contre, à l'affirmation suivante : « Nécessiter d'avoir recours à des connaissances spécifiques pour plusieurs domaines de pratiques », 55,70% des répondants (n=44) révèlent qu'il s'agit « un peu d'un obstacle » et « totalement d'un obstacle ». En ce qui concerne d'avoir une relation de proximité avec les clients, 71,25% des répondants (n=57) soulèvent qu'il s'agit « un peu d'un avantage » et « totalement d'un avantage ». 54,41% des répondants à cette question (n=43) considèrent que la taille de l'équipe de travail est « un peu un avantage » et « totalement un avantage ». Le fait d'avoir recours à des compétences diversifiées (personnelles administratives ou techniques par exemple) a été considéré comme étant « un peu d'un obstacle » et « totalement un obstacle » par 41,25% des répondants (n=33). 38,46% des répondants rapportent être neutres en ce qui concerne le fait d'utiliser des ressources technologiques pour communiquer avec les autres membres de leur équipe professionnelle. Pour les 67 répondants qui se sont prononcés sur le fait de pratiquer dans plus d'un milieu ou avec plus d'une clientèle, 46,27% des répondants (n=31) rapportent qu'il s'agit « un peu d'un obstacle » et

« totalement un obstacle ». Le tableau 11 présente la répartition détaillée de chacun des défis perçus.

Tableau 11. Perception des défis de la pratique des ergothérapeutes

	Totalement un avantage	Un peu un avantage	Ni un obstacle, ni un avantage	Un peu un obstacle	Totalement un obstacle
L'autonomie professionnelle (n=80)	41 (51,25%)	28 (35%)	7 (8,75%)	4 (5%)	0
La diversité de la pratique (n=80)	21 (26,25%)	36 (45%)	7 (8,75%)	10 (12,5%)	6 (7,5%)
La nécessité d'avoir recours à des connaissances spécifiques pour plusieurs domaines de pratiques (n=79)	4 (5,06%)	13 (16,46%)	18 (22,78%)	33 (41,77%)	11 (13,92%)
La relation de proximité avec les clients (n=80)	27 (33,75%)	30 (37,5%)	14 (17,5%)	9 (11,25%)	0
La taille de l'équipe de travail (n=78)	22 (28,21%)	21 (26,92%)	15 (19,23%)	18 (23,08%)	2 (2,56%)
Le recours à des compétences diversifiées (personnelles administratives ou techniques par exemple) (n=78)	6 (7,69%)	15 (19,23)	24 (30,77%)	30 (38,46%)	3 (3,85%)
Le fait d'utiliser des ressources technologiques pour communiquer avec les autres membres de mon équipe professionnelle (n=78)	16 (20,51%)	18 (23,08%)	30 (38,46%)	14 (17,95%)	0
Le fait de pratiquer dans plus d'un milieu ou avec plus d'une clientèle (n=67)	4 (5,97%)	14 (20,9%)	18 (26,87%)	23 (34,33%)	8 (11,94%)

À la suite de cette question, les répondants pouvaient laisser un commentaire en lien avec leur perception des défis énoncés précédemment. 28 répondants ont laissé des commentaires à cette question. De ces réponses, un nombre total de 61 énoncés sont ressortis. Une analyse de contenu a fait ressortir 13 thèmes que voici : charge de cas variée, pratique généraliste, proximité avec les clients, connaissances/compétences, manque de ressources humaines, manque de ressources, technologie, taille de l'équipe de travail, délai d'accès aux services, soutien professionnel, temps de déplacement, réorganisation des services et manque de services pour les clients. Un commentaire a été classé dans la catégorie autre. Le tableau 12 présente la fréquence

d'apparition de chacun des thèmes selon s'ils ont été interprétés comme des obstacles ou des avantages. Les résultats montrent que 68,85% (n=42) sont rapportés comme étant des obstacles, alors que les autres (31,15 % (n=19)) sont perçus comme des avantages.

Tableau 12. *Types de défis rencontrés dans la pratique en tant qu'ergothérapeute en fonction de leur fréquence (n=61)*

Thème	% Nbre d'énoncés (obstacle/avantage)	Énoncés illustrant des obstacles * (n=42)	Énoncés illustrant des avantages * (n=19_)
Charge de cas variée (n=20)	31,15% (14,75/16,39)	<p>Trop grande diversité de clientèle. (E2)</p> <p>Le fait d'avoir plus d'une clientèle peut entraîner un défi, mais également être un obstacle puisque le travail qui devrait être fait par 2 ergothérapeutes est souvent fait par une seule. (E3)</p> <p>Le fait de couvrir deux clientèles (CHSLD et CLSC) est un obstacle dans mon cas, car il est difficile de me sentir totalement efficace pour chacune des clientèles en raison de la charge de travail. (E47)</p> <p>Travailler dans plus d'un milieu est un désavantage particulièrement lorsque le bureau n'est situé que dans l'un des deux milieux. (E52)</p>	<p>La pratique dans 2 milieux (externe et CH) est stimulante. (E13)</p> <p>Cela apporte par contre une belle collaboration entre les différents membres de l'équipe et tout le monde fait de son mieux ! (E16)</p> <p>Beaux défis professionnels et clientèles très diversifiées (pas de routine). (E35)</p> <p>Je vis la variété comme un avantage stimulant. (E39)</p> <p>Bon avantage de pratiquer avec plusieurs clientèles. C'est stimulant. (E43)</p> <p>J'aime la diversité de la clientèle. (E53)</p> <p>Avantage pour moi: Moins de routine en clientèle variée. Plus d'un milieu serait désavantageux. (E57)</p>
Pratique généraliste (n=10)	16,39% (13,11/3,28)	<p>Peut-être plus difficile en début de carrière, car travail moins spécifique, mais très varié, non routinier, qui donne un beau bagage de connaissances. (E6)</p> <p>Mais qui peut devenir un obstacle dans mes notions et me permet de me dépasser au quotidien. (E9)</p> <p>particulière. (E8)</p> <p>Il est difficile de se maintenir à jour dans tous les domaines que nous pouvons être amenés à travailler en raison du manque de spécialité. (E19)</p> <p>Avoir recours à des compétences diversifiées: un obstacle surtout dans le sens ou étant donné [le manque de ressources et les longues listes d'attente], le fait de devoir sortir de son champ de pratique ajoute aux délais de prise en charge de la communauté. (E29)</p> <p>Impression d'être un généraliste qui doit agir comme spécialiste dans tout! (E51)</p>	<p>C'est une pratique générale qui est intéressante, car diversifiée. (E7)</p> <p>D'un côté, je crois que la diversité de pratique est stimulante, permet de me garder à jour</p>

Proximité avec les clients (n=3)	4,92% (1,64/3,28)	Peut être aussi un désavantage dans le Relation de proximité avec les clients : à la sens ou la notion de confidentialité fois un avantage, car soutien dans la devient plus fragile (clients connus par communauté favorise l'établissement d'une une partie de la communauté). (E28) relation thérapeutique et également permet d'obtenir des informations à propos de clients que nous ne connaissons pas de prime à bord. (E27)
Accès à la formation continue (n=3)	4,92% (4,92/0)	J'apprends souvent par moi-même, après le travail (beaucoup de temps à se former en « bénévolat ») (E61) Nous aurions besoin de davantage de possibilités de formation (budget &ressource) étant donné la clientèle très diversifiée, mais ça ne se passe pas ainsi. Je dois être compétente avec le Programme d'adaptation domiciliaire (PAD), dysphagie, TDC, maladie Neuro, RGD, plan de stimulations, connaitre multiples diagnostics, mais nous n'avons pas accès à plus de formations qu'une ergothérapeute qui ne ferait que de la dysphagie, par exemple... (E37) [Nous devrions avoir] plus de budget formation, etc. (E56)
Connaissances/compétences (n=3)	4,92% (4,92/0)	Mais il est difficile d'être "up-to-date" dans les pratiques professionnelles. (E12) Mais l'inconvénient est que c'est exigeant et difficile d'être à l'affut des nouveautés. (E36) Il faut avoir un champ de compétences diversifiées. (E60)
Manque de ressources humaines (n=3)	4,92% (4,92/0)	Petite équipe donc si un professionnel s'absente il n'est pas remplacé. (E1) La petite taille de l'équipe fait que les absences (maternité, maladie, vacances) ont beaucoup d'impacts sur les autres ergothérapeutes et sur les services offerts qui sont souvent ralentis. Exemple: mettre sa clientèle totalement de côté 4 semaines pour remplacer dans un autre milieu. (E44)
Manque de ressources (n=3)	4,92% (4,92/0)	Par exemple, lorsque je me déplace dans un établissement à l'autre extrémité de la MRC, je dois coordonner mes rendez-vous avec les membres de mon équipe (ex. physio) et ceux de l'Hôpital puisqu'il y a très peu de locaux où il est possible

		d'effectuer une évaluation en ergothérapie en mouvement (ex. pédiatrie - lancer/attraper) - qui nécessite plus d'espace qu'un simple bureau. (E38)
Technologie (n=3)	4,92% (3,28/1,64)	L'accès à l'internet dans tous les secteurs du territoire complique la communication. (E21) La technologie aide à maintenir le contact avec mes collègues de travail. (E20) De plus, la technologie n'est pas maîtrisée par l'ensemble des professionnels en raison du mélange de générations actuellement sur le marché du travail. (E22)
Taille de l'équipe de travail (n=3)	4,92% (1,64/3,28)	Taille de l'équipe de travail est plutôt un obstacle, car nous sommes limitées au niveau de la diversité des professionnels. (E42) Petite équipe facilite la communication entre nous. On se connaît toutes! Entraide facile. Par exemple neuropsychologie seulement disponible à Rimouski. (E34)
Délai d'accès aux services (n=2)	3,28% (3,28/0)	[Le fait de devoir sortir de son champ de pratique] ajoute aux délais de prise en charge de la communauté. (E30) Longue liste d'attente. (E32)
Soutien professionnel (n=2)	3,28% (3,28/0)	Support administratif limité et souvent peu spécifique à la réadaptation. (E4) Autonomie professionnelle: bien, mais par contre, peu de ressources dans mon milieu en ergothérapie pour valider mes choix et pousser mon raisonnement professionnel. (E23)
Reconnaissance de la profession (n=2)	3,28% (3,28/0)	Mais à la fois un inconvénient dans les cas où le rôle de l'ergothérapie se trouve moins bien défini-les requêtes sont variées et doivent demander des précisions ou être redirigées vers un autre service. (E25)
Temps de déplacement (n=1)	1,64% (1,64/0)	Certains patients doivent venir de loin ce qui limite le nombre de rendez-vous par semaine. (E40)
Réorganisation des services (n=1)	1,64% (1,64/0)	Nécessité d'avoir recours à des connaissances pour plusieurs domaines de pratiques : , le développement de rôles connexes à ceux de l'ergothérapie pour combler le manque de services disponibles (ex. services de réparation) doit être développé, et fait en sorte que

nous manquons de temps pour répondre à tous les besoins-devons établir nos limites professionnelles ou chercher du soutien à l'extérieur de la région qui n'est pas disponible. (E26)

Manque de services pour les clients (n=1) 1,64% (1,64/0)

Certaines spécialités non accessibles dans la région. (E41)

Autre (n=1) 1,64% (0/1,64)

Pour ma part, j'aime travailler en région donc je vois les principaux points énoncés comme des avantages. (E5)

*Se trouve entre parenthèses le numéro de l'énoncé, précédé de la lettre « E ».

6. DISCUSSION

La présente section discute les résultats d'une étude dont l'objectif est de décrire les particularités de la pratique d'ergothérapeutes en région rurale éloignée au Québec, et ce notamment, dans deux régions éloignées limitrophes du Québec, la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et celle du Bas-St-Laurent. Cette section expose les caractéristiques de la pratique telle que perçue par des ergothérapeutes, les obstacles à la pratique des ergothérapeutes dans ces régions et de la perception des ergothérapeutes sur les défis de la pratique en région rurale éloignée. Suivra ensuite une section présentant les forces et limites de l'étude.

La présente étude génère des résultats inédits en ce qui concerne la description de la pratique d'ergothérapeutes pratiquant en région éloignée au Québec, notamment d'adopter une approche centrée sur la personne et de percevoir leur pratique comme en étant une fondée sur l'occupation, basée sur l'habilitation aux occupations et basée sur les résultats probants. De tels résultats sont utiles pour documenter si les ergothérapeutes adoptent les meilleures pratiques. Les résultats suggèrent que la majorité des ergothérapeutes de la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et celle du Bas-St-Laurent, perçoit avoir une approche centrée sur la personne et une pratique fondée sur l'occupation. Toutefois, seulement un peu plus des trois quarts des ergothérapeutes perçoivent avoir une pratique fondée sur l'habilitation aux occupations et à peine un peu plus que la moitié rapportent avoir une pratique fondée sur les données probantes.

6.1. Caractéristiques de la pratique telle que perçue par les ergothérapeutes

Les caractéristiques de la pratique des ergothérapeutes sont discutées en ce qui a trait à l'approche centrée sur la personne, la pratique fondée sur l'occupation, la pratique basée sur l'habilitation aux occupations et la pratique fondée sur les derniers résultats probants. Il y a lieu de croire que l'échantillon des ergothérapeutes de la présente étude est représentatif des ergothérapeutes du Québec, l'âge moyen dans l'étude étant de 37,5 alors que la moyenne d'âge au Québec se chiffre à 38,92 ans en 2020 (OEQ, 2020). Il y a lieu de croire aussi que l'échantillon composé d'environ la moitié des ergothérapeutes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et du Bas-

St-Laurent est représentatif de l'ensemble de ces territoires. Jusqu'à ce jour, peu d'études au Québec ont décrit la pratique des ergothérapeutes par région.

6.1.1. Approche centrée sur la personne

La majorité des ergothérapeutes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et du Bas-St-Laurent rapporte adopter une approche centrée sur le client minimalement 70% du temps. Cette approche arrive au premier rang dans la description de la pratique. Ce résultat peut être expliqué par le fait que l'approche centrée sur le client est centrale dans la démarche clinique des cliniciens, et ce, depuis les toutes premières lignes directrices de la profession publiées en 1983 (MSBE et ACE, 1983) et est toujours un concept de base dans les neuvièmes lignes directrices parues en 2013 (Townsend et Polatajko, 2013). Il est possible de croire que cette approche était au cœur de la formation des ergothérapeutes ayant participé à l'étude. Les raisons mentionnées pour expliquer que cette approche est difficile à adopter se rattachent à la pression de productivité dans les milieux.

6.1.2. Pratique fondée sur l'occupation

La majorité des ergothérapeutes ayant participé à l'étude rapporte avoir une pratique fondée sur l'occupation (toujours, environ dans 90 % du temps et environ 70 % du temps). Cette approche arrive au deuxième rang dans la description de la pratique. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que certaines situations de travail impliquent des compétences administratives et de gestion comme l'avait montré Devine (2006), faisant en sorte que l'occupation est moins au cœur de la pratique de l'ergothérapie comme l'avaient suggéré les textes de l'ACE (1997), Law et al., (1997), Sweldove et Brown (1997). En ce sens, si les ergothérapeutes doivent déployer des compétences en dehors de leur champ de compétences, il est possible qu'ils effectuent des actions en dehors du champ d'exercices de l'ergothérapie. Celles-ci ne sont pas nécessairement centrées sur l'occupation. De plus, près de la moitié des ergothérapeutes rapportent que le fait d'avoir recours à des compétences diversifiées (exemple : personnelles, techniques ou administratives) est un obstacle à leur pratique. Ce qui concorde avec l'étude de Roots et Li (2013) qui avait soulevé que d'avoir recours à des compétences plus larges était considéré comme un défi.

6.1.3. Pratique basée sur l'habilitation aux occupations

La pratique basée sur l'habilitation aux occupations apparaît au 3^e rang pour la description de la pratique. Ce résultat peut être expliqué par le fait que plus de la moitié des ergothérapeutes présentaient plus de dix ans d'expérience. Il est possible qu'ils soient moins familiers avec cette pratique si celle-ci n'a pas fait l'objet de formation continue depuis la fin de leur formation initiale. Cette pratique a été expliquée dans les dernières lignes directrices de la pratique de l'ergothérapie au Canada publiées en 2013 (Townsend et Polatajko, 2013).

6.1.4. Pratique fondée sur les derniers résultats probants

Plus de la moitié des ergothérapeutes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et du Bas-St-Laurent rapportent baser leur pratique sur les dernières données probantes la majorité du temps. Ils affirment le faire par la lecture d'articles scientifiques (56,25%) et la majorité affirme le faire en assistant à des formations ou colloques. Ce résultat s'éloigne de ceux de Hu (2012) qui mentionnaient que la majorité des ergothérapeutes (96,8 %) en milieu rural de leur étude le faisait par la lecture d'articles.

6.2. Obstacles à la pratique des ergothérapeutes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et du Bas-St-Laurent

La présente section discute des obstacles à la pratique rencontrés par les ergothérapeutes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et du Bas-St-Laurent. Parmi ces obstacles seront abordés le manque de ressources humaines, le temps de déplacement, la reconnaissance et la connaissance de la profession, le soutien professionnel, le manque de ressources, l'influence de la position géographique et les opportunités de développement professionnel.

6.2.1. Manque de ressources humaines

Plus du trois quarts des ergothérapeutes rapportent que le manque de capital humain est un obstacle à leur travail. Parmi les commentaires qualitatifs laissés par les répondants, le manque de ressources humaines est le deuxième thème le plus fréquemment abordé (au même titre que la reconnaissance de la profession). Ce résultat converge avec ceux de Kingston et al., (2015), Roots et Li (2013) et Wielandt et Taylor (2010).

De plus, la majorité des répondants soulève que les délais pour recevoir des services en ergothérapie ne sont pas raisonnables. En effet, près du trois quarts des répondants ont nommé que malgré que tous les postes en ergothérapie étaient comblés dans leur milieu, cela n'était pas suffisant pour offrir le service. Aussi, plus de la moitié des répondants nomment qu'ils considèrent que les besoins ne peuvent pas tous être répondus en ergothérapie dans leur milieu. Ces résultats divergent des études de Gauthier et al., (2009) et de Champagne et al., (2018) qui avaient montré une bonne accessibilité à certains services de santé dans ces deux régions, notamment en ce qui concerne les services en santé mentale.

6.2.2. Temps de déplacement

Au sujet du temps passé à exécuter des déplacements, les réponses sont très variées et cela s'explique principalement par le fait que dans certains milieux, il s'agit des clients qui doivent se déplacer pour obtenir le service. Près de la moitié des ergothérapeutes rapportent tout de même qui s'agit d'un obstacle à leur pratique. Le temps de déplacement a d'ailleurs été ressorti par plusieurs auteurs comme étant un important obstacle à la pratique des ergothérapeutes en région rurale éloignée (Kingston et al., 2015; Peterson et al., 2003; Roots et Li, 2013; Wielandt et Taylor, 2010).

6.2.3. Reconnaissance/connaissance de la profession

Plus de la moitié des ergothérapeutes rapportent ne pas passer beaucoup de temps à répondre à des références inappropriées. Ce résultat diverge de celui de Wielandt et Taylor, (2010). Cela peut s'expliquer par le fait que plus de la moitié des ergothérapeutes ont affirmé que leurs collègues avaient une bonne connaissance du rôle de l'ergothérapeute. Un lien existe entre la compréhension du rôle de l'ergothérapeute et le fait de faire face à des références inappropriées.

Plus de la moitié des ergothérapeutes ne se sentent pas sous-évalués par leurs collègues métropolitains. Ce qui diverge des résultats de Kingston et al., (2015) et Parkin et al., (2001).

Laissant présager que les ergothérapeutes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et du Bas-St-Laurent ont une bonne confiance professionnelle.

6.2.4. Soutien professionnel

Près de la moitié des ergothérapeutes trouvent difficile d'avoir accès à un soutien professionnel ou un mentor. Cela concorde avec les résultats des études de Devine (2006), Peterson et al., (2003) et Winn et al., (2015) qui avaient ressorti le manque de soutien professionnel comme un obstacle pour les thérapeutes en région rurale. Pour obtenir du soutien professionnel en cas de questionnement, les ergothérapeutes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et du Bas-St-Laurent sont portés davantage à se tourner vers des personnes se trouvant dans le même établissement qu'eux (ergothérapeutes et collègues), puis vers des communautés virtuelles, plutôt que des collègues de niveau régional ou provincial ou auprès des diplômés de leur cohorte universitaire. Cela peut, entre autres, être attribuable au fait que le quart des ergothérapeutes participent « rarement » à des congrès ou des colloques spécifiques à l'ergothérapie et plus de la moitié ne s'impliquent « jamais » dans des associations en ergothérapie, où ils pourraient rencontrer des collègues ergothérapeutes qui ne pratiquent pas sur leur territoire. À l'inverse, près de la moitié prévoit « parfois » des rencontres pour se soutenir entre ergothérapeutes. En effet, près du tiers des répondants ont affirmé ne pas appartenir à des groupes tels que des communautés de pratique, des groupes d'intérêt ou des groupes de soutien. Ces résultats peuvent notamment s'expliquer par le manque de ressources humaines disponibles pour former de tels groupes, en effet, plusieurs ergothérapeutes du territoire sont seuls dans leur milieu. Cette pauvre participation peut d'ailleurs avoir une incidence sur le sentiment d'appartenance envers le monde de l'ergothérapie, puisque près de la moitié des ergothérapeutes ont quantifié leur sentiment d'appartenance comme étant modéré. Il reste difficile de comprendre pourquoi les ergothérapeutes de ces deux régions ne se sentent pas connectés aux ergothérapeutes des autres régions et qu'ils n'utilisent pas plus souvent les communautés virtuelles qui pourraient les rapprocher des autres régions.

6.2.5. Manque de ressources

Le manque de ressources (exemple : budget ou matériel) apparaît comme un obstacle aux évaluations, ainsi que pour le prêt de matériel. D'ailleurs, les commentaires qualitatifs ont montré

que les installations physiques apparaissent souvent désuètes et inappropriées. Ces résultats vont dans le même sens que ceux des études de Devine (2006) et Kingston et al. (2015) qui mentionnent respectivement que l'accès limité à du matériel rend difficiles l'évaluation et le prêt d'équipements et que le manque de matériel spécialisé comme des orthèses était un obstacle à la pratique des ergothérapeutes en région rurale.

6.2.6. Influence de la position géographique

En lien avec l'impact de la position géographique des thérapeutes sur la qualité du service offert aux clients, la majorité des ergothérapeutes affirme que leur position influence leur participation à des congrès ou des formations en ergothérapie. Ce qui fait valoir le même résultat que l'étude de Devine (2006) qui rapporte que les dépenses globales reliées aux déplacements vers des formations à l'extérieur de la région sont beaucoup plus importantes que pour des ergothérapeutes à proximité (hébergement, essence, repas et le fait de prendre plusieurs jours de congé pour y assister et s'y déplacer). Il n'est donc pas surprenant que le moyen le plus utilisé par les ergothérapeutes pour avoir accès à la formation continue reste de participer à des cours en ligne. D'ailleurs, seulement le quart des ergothérapeutes participent à des formations offertes dans la région, il est donc apparent que l'offre n'est pas suffisante pour répondre aux besoins des thérapeutes.

Près de la moitié des ergothérapeutes rapportent que la qualité du service offert est compromise par les délais associés à leur position géographique (par exemple délais de livraison plus longs ou déplacement d'équipes spécialisées peu fréquent). Dans les énoncés qualitatifs les ergothérapeutes ont relevé avoir des délais de livraison importants et un accès limité à des fournisseurs variés. À l'inverse, le fait que plus du quart des ergothérapeutes sont en désaccord avec le fait que les délais nuisent à la qualité du service peut s'expliquer entre autres par le fait que les deux régions sont très vastes et donc, certains thérapeutes se trouvent à une plus grande proximité des noyaux urbains.

6.2.7. Opportunités de développement professionnel

Un résultat singulier se rattachant au fait que plus de la moitié des ergothérapeutes mentionnent que leur milieu leur permet assez de progression de carrière et de défis professionnels témoigne du fait que les opportunités de développement professionnel risquent d'avoir un effet sur le recrutement et la rétention des professionnels comme le soutenaient Roots et Li (2013) dans leur étude.

6.3. Perception des défis de la pratique des ergothérapeutes

La perception des défis de la pratique des ergothérapeutes montre une variété de réponses. Il y a donc lieu de constater qu'un défi peut être à la fois perçu comme un obstacle ou un avantage. Ce résultat converge avec ceux de Roots et Li (2013) qui avaient soulevé que certains défis étaient perçus par les professionnels de la santé comme des attraits envers la pratique rurale alors que dans d'autres situations, ces mêmes défis étaient davantage perçus comme des facteurs d'attrition ou d'abandon de la pratique en milieu rural; ainsi qu'avec ceux de Devine (2006) qui montrait les défis rencontrés par les professionnels sont également perçus comme des attraits envers la pratique rurale.

6.3.1. Autonomie professionnelle

L'autonomie professionnelle est considérée comme un avantage par plus du trois quarts des ergothérapeutes de l'étude, ce qui va dans le même sens que les résultats de l'étude de Devine (2006) qui rapportait qu'un des éléments ayant favorisé le choix d'une pratique rurale par les ergothérapeutes était l'autonomie. D'autre part, Roots et Li (2013) avaient relevé l'autonomie professionnelle comme étant à la fois un atout et un défi dans la pratique rurale des ergothérapeutes.

6.3.2. Diversité de la pratique

Les trois quarts des ergothérapeutes de l'étude rapportent adopter une pratique davantage généraliste que spécialisée, et ce, entre 70% du temps et toujours. Ce résultat se rapproche de ceux de Kingston et al., (2015) et de Peterson et al., (2003) qui avaient respectivement rapporté que le

manque de connaissances en tant qu'expert des blessures de la main était l'obstacle le plus important pour offrir des services en région rurale ou éloignée. La pratique généraliste s'explique par la diversité de diagnostics qui rend la spécialisation difficile.

D'autre part, plus du trois quarts des ergothérapeutes affirment que leur charge de cas est souvent complexe et variée et aussi que le fait d'avoir une pratique diversifiée est perçu comme un avantage dans leur pratique. D'ailleurs, les commentaires qualitatifs abordant la charge de cas variée font valoir qu'il est positif d'avoir une pratique diversifiée en raison des besoins variés de la ou des clientèles. Ces résultats convergent avec ceux de l'étude de Manahan et al., (2009) alors qu'ils ont relevé qu'un facteur influençant le recrutement de professionnel en région rurale ou nordique était la variété et la diversité de la pratique. Devine (2006) a quant à elle relevé que cette diversité dans les besoins des clients pouvait être perçue comme un obstacle.

Les ergothérapeutes du Bas-St-Laurent et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine exercent fréquemment auprès de plus d'une clientèle. Parmi ceux-ci, près de la moitié soulèvent qu'il s'agit d'un obstacle de pratiquer dans plus d'un milieu ou avec plus d'une clientèle. Les nombreux commentaires qualitatifs se rapportant au thème de la charge de cas variée apportent des précisions sur le fait d'exercer dans plus d'un milieu; par exemple, le fait de pratiquer dans plus d'un milieu serait stimulant, apporterait moins de routine et une belle collaboration avec les différents membres de l'équipe. À l'inverse, le fait de pratiquer auprès de plus d'une clientèle peut être un obstacle lorsque les bureaux ne sont pas dans le même établissement, mais aussi puisqu'il est difficile d'avoir les connaissances requises pour répondre aux besoins variés. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Roots et Li (2013) qui ont montré que la diversité de la charge de cas était considérée à la fois comme un facteur encourageant le recrutement qu'un motif de quitter la pratique rurale.

6.3.3. Relation avec l'équipe de travail et la communauté

Près du trois quarts des ergothérapeutes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et du Bas-St-Laurent affirment qu'il est avantageux d'avoir une relation de proximité avec les clients. Toutefois,

les commentaires qualitatifs soulèvent que le respect de la confidentialité est un enjeu important tout comme les résultats de Roots et Li (2013) concernant l'ambiguïté qu'entraîne la proximité avec les clients dans les petites communautés.

En ce qui concerne la taille de l'équipe de travail un peu plus de la moitié des ergothérapeutes considère que s'agit d'un avantage. Un ergothérapeute apportait comme précision que la petite taille de l'équipe facilitait la communication entre eux et que l'entraide était facile. Toutefois, certains ergothérapeutes ont tenu important de préciser que l'obstacle concernant la petite taille de l'équipe était davantage attribuable au manque de ressources humaines qui a un impact sur les remplacements en cas d'absence. Dans ce même ordre d'idées, les ergothérapeutes affirment qu'il est facile de communiquer avec les membres de leur équipe (malgré qu'ils soient dans des points de services différents), cela peut aussi être attribuable au fait que la petite taille de l'équipe de travail facilite la communication et le travail d'équipe.

6.3.4. Utilisation de la technologie

Les ergothérapeutes de l'étude ont peu fourni d'indications spécifiques reliées à la technologie. Un constat qui se dégage est le fait que la technologie n'est pas maîtrisée par l'ensemble des professionnels. Ces résultats convergent avec ceux de Devine (2006) qui mentionnait que les technologies représentent un défi en milieu rural et divergent de ceux de Kingston et al. (2015) qui les percevaient comme un avantage. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que, dans la présente étude, les ergothérapeutes sont peu confrontés à avoir recours aux technologies pour communiquer avec le reste de l'équipe.

6.7. Forces et limites de l'étude

L'étude présente des forces et certaines limites. En effet, la principale force de cette étude est qu'il s'agit d'une des seules études empiriques ayant étudié les particularités de la pratique des ergothérapeutes en région rurale éloignée au Québec. De plus, à notre connaissance, aucune étude empirique n'avait jusqu'à maintenant recueilli l'opinion d'un aussi grand échantillon d'ergothérapeutes en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et au Bas-St-Laurent avec un taux de participation de 54,4 %, ce qui est très satisfaisant pour une collecte de données par questionnaire

électronique même si une certaine désirabilité sociale est présente. Aussi, chacune des MRC des deux régions administratives étudiées est représentée dans l'échantillon par des ergothérapeutes qui exercent dans ces secteurs. Une autre force de cette étude est le fait qu'aucun questionnaire électronique retourné n'a dû être écarté lors de l'analyse des résultats, puisque tous les ergothérapeutes ont inscrit des réponses jusqu'à la toute fin ce qui ajoute à la qualité de l'étude.

Cette étude comprend aussi certaines limites. Effectivement, l'étude a utilisé une seule méthode de collecte de données, soit un questionnaire électronique. Par conséquent, la méthode de collecte choisie a pu restreindre l'élaboration des réponses, car les réponses sont courtes. Une autre limite se rattache à l'utilisation des échelles de type Likert. Aussi, dans la section sur les caractéristiques de la profession, cette section aurait pu élaborer davantage les concepts de : pratique centrée sur la personne, approche fondée sur l'occupation, pratique fondée sur l'habilitation aux occupations et pratique fondée sur les dernières données probantes. En effet, il aurait été pertinent de recueillir des exemples, des précisions et des commentaires sur le fait d'intégrer ces concepts fondamentaux à leur pratique, dans le but de faire davantage de liens avec le cadre conceptuel de l'étude. Pour toutes les raisons mentionnées, des entrevues auraient permis de détailler davantage certains obstacles et défis à la pratique d'ergothérapeutes en région rurale éloignée. Un élément qu'il est important de considérer est le fait qu'étant donné que les répondants sont répartis sur tout le territoire qui est hétérogène, ils ne se situent pas à la même distance d'un noyau urbain. La position géographique des participants peut avoir influencé leurs réponses et donc la tendance des résultats en fonction du nombre de répondants par MRC.

7. CONCLUSION

La présente étude permet de constater des particularités dans la pratique des ergothérapeutes exerçant en région rurale éloignée. Elle renseigne sur comment sont perçues par les ergothérapeutes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et du Bas-St-Laurent l'approche centrée sur le client, la pratique fondée sur l'occupation, la pratique basée sur l'habilitation aux occupations et la pratique basée sur les données probantes, ce qui constitue un résultat inédit. De plus, les caractéristiques ressorties s'apparentent à celles décrites dans les écrits recensés qui ont étudié la pratique rurale en ergothérapie ailleurs qu'au Québec. Les résultats générés contribuent à documenter la pratique d'ergothérapeutes dans deux régions rurales éloignées des noyaux urbains québécois et à faire avancer les connaissances sur cette réalité clinique. En documentant cette pratique, il est possible de constater que des obstacles à la pratique des ergothérapeutes de ces régions doivent être tenus en compte. Le manque de ressources humaines pour répondre aux besoins de la population, l'accès à la formation continue, les délais en lien avec la position géographique, l'accès à du soutien professionnel, la clientèle diversifiée et le manque de ressources matérielles sont des éléments à considérer.

Les retombées de la présente étude se rattachent à l'élaboration de pistes de soutien pour les ergothérapeutes dans leur pratique en région rurale. Une première piste de soutien serait la mise sur pied de communautés de pratique, ou la mise en place de groupe d'intérêts pour les pratiques probantes et celles basées sur les concepts centraux de la profession (approche centrée sur le client, pratique fondée sur l'occupation, pratique basée sur l'habilitation aux occupations et pratique basée sur les dernières données probantes), par l'introduction de groupe de vigilance des meilleures pratiques en ergothérapie, afin de se tenir informé des récents développements de la profession. Malgré qu'il existe déjà des groupes de discussion et des communautés de pratique pour les ergothérapeutes au Québec, il y a lieu de se questionner si ces groupes sont méconnus par les ergothérapeutes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et du Bas-St-Laurent.

Une autre retombée se situe au plan de mieux informer sur les conditions gagnantes pour la pratique optimale de l'ergothérapie en région éloignée, par exemple, que les employeurs soient

sensibilisés par la disponibilité des ressources matérielles et humaines, qui dans plusieurs conditions, permettent d'offrir de bons services aux clientèles desservies. De plus, la perspective de la formation continue en ligne est un espoir pour les ergothérapeutes des régions éloignées.

Finalement, la présente étude a fourni des informations reliées aux caractéristiques de la pratique. Malgré que l'étude suggère que les ergothérapeutes perçoivent avoir une approche centrée sur le client, une pratique fondée sur les occupations et dans une certaine mesure, une pratique basée sur l'habilitation aux occupations et une pratique basée sur les résultats probants, les résultats ne disent pas comment ces ergothérapeutes y parviennent. Des futures recherches investiguant les projets concrets mis en place et les activités spécifiques déployées dans les milieux viendraient compléter la compréhension de la pratique des ergothérapeutes dans les régions concernées.

RÉFÉRENCES

- Aiken, F. E., Fourn, A. M., Cheng, I. K., & Polatajko, H. J. (2011). The meaning gap in occupational therapy: finding meaning in our own occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(5), 294–302.
- Association canadienne des ergothérapeutes (1991). *Lignes directrices pour une pratique centrée sur le client*. Toronto, CAOT Publications ACE
- Association canadienne des ergothérapeutes (1997). *Promouvoir l'occupation. Une perspective de l'ergothérapie*. Toronto, ON, Canada. CAOT Publications ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa, CAOT Publications ACE. <https://www.caot.ca/document/4720/2012profil.pdf>
- Champagne, F., Contandriopoulos, A., Ste-Marie, G. et Chartrand, E. (2018). *L'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux au Québec*. École de santé publique (ESPUM) et Institut de recherche en santé publique (IRSPUM) Université de Montréal, 1-48. http://www.irspum.umontreal.ca/Portals/0/Atlas_accessib...
- Devine, S. (2006). Perceptions of occupational therapists practising in rural Australia: A graduate perspective. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53(3), 205-210. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2006.00561.x>
- Dew, A., Bulkeley, K., Veitch, C., Bundy, A., Gallego, G., Lincoln, M., Brentnall, J., et Griffiths, S. (2013). Addressing the barriers to accessing therapy services in rural and remote areas. *Disability & Rehabilitation*, 35(18), 1564-1570. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.720346>
- Di Tommaso, A., & Wilding, C. (2014). Exploring ways to improve descriptions of occupational therapy. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 61(1), 27–33.
- Fortin, M.-F., et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Montréal : Chenelière éducation.
- Gauthier, J., Haggerty, J., Lamarche, P., Lévesque, J.F., Morin, D., Pineault, R., et Sylvain, H. (2009). *Entre adaptabilité et fragilité : les conditions d'accès aux services de santé des communautés rurales et éloignées*. [Rapport de recherche, Centre de recherche Hôpital Charles Lemoyne] https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1014_conditionsaccessersvantescommunrurales.pdf
- Gobeil, J., Larivière, N., Carrier, A., Bier, N., Bottari, C., Veillette, N., Rouleau, S., Gélinas, I., Provencher, V., Couture, M., & Levasseur, M. (2019). Portrait des pratiques évaluatives des ergothérapeutes œuvrant au Québec. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 86(5), 388–399. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1177/0008417419839867>
- Guillemette, M. (2021). *Perception d'ergothérapeutes du Saguenay-Lac-Saint-Jean de leur niveau d'expertise professionnelle* [mémoire de maîtrise inédit]. Université de Trois-Rivières.

- Hamon, K. (2013). *Évaluation de l'implantation du programme intégré d'équilibre dynamique en contexte rural*. Essai. Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières, 63 p. <http://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/6891/>
- Hu, D. (2012). Occupational therapists' involvement views, and training needs of evidence based practice: a rural perspective. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 19(11), 618-628.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Learning From the Best: Benchmarking Canada's Health Care System*. Ottawa, ON, Canada : ICIS. https://secure.cihi.ca/free_products/learning_from_thebest_en.pdf
- Institut de la statistique du Québec. (2020). *Le Québec chiffres en main*. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/le-quebec-chiffres-en-main-edition-2020.pdf>
- Kingston, G. A., Williams, G., Judd, J., & Gray, M. A. (2015). Hand therapy services for rural and remote residents: Results of a survey of Australian occupational therapists and physiotherapists. *Australian Journal of Rural Health*, 23(2), 112-121. <https://doi.org/10.1111/ajr.12141>
- Law, M. Polatajko, H. J., Baptiste, S. et Townsend, E. (1997). Concepts de l'ergothérapie. Dans ACE. *Promouvoir l'occupation. Une perspective de l'ergothérapie (pp. 33-64)*. Ottawa, ON, Canada. CAOT Publications ACE.
- Manahan, C. M., Hardy, C. L., & MacLeod, M. L. (2009). Personal characteristics and experiences of long-term allied health professionals in rural and northern British Columbia. *Rural and Remote Health*, 9(4), 1-13.
- Merritt, J., Perkins, D., & Boreland, F. (2013). Regional and remote occupational therapy: A preliminary exploration of private occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(4), 276-287. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12042>
- Ministère et santé nationale et du bien-être [MSBE] et Association canadienne des ergothérapeutes (1983). *Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client*. Ottawa, ON, Canada. MSBE
- Ministère et santé nationale et du bien-être [MSBE] et Association canadienne des ergothérapeutes (1986). *Lignes directrices régissant l'intervention en ergothérapie axée sur le client*. Ottawa, ON, Canada. MSBE
- Moll, S. E., Tryssenaar, J., Good, C. R., & Detwiler, L. M. (2013). Psychotherapy: A profile of current occupational therapy practice in Ontario: Psychothérapie : profil de la pratique actuelle de l'ergothérapie en Ontario. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 80(5), 328–336. <https://doi.org/10.1177/0008417413515849>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2012). *Politique de développement professionnel continu*. https://portail.oeq.org/ext/oeq/media/OEQ_Politique%20de%20DPC.pdf
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2020). *Rapport annuel 2019-2020*. <https://www.oeq.org/DATA/RAPPORTANNUEL/19~v~2019-2020.pdf>
- Parkin, A.E., McMahan, S., Upfield, N., Copley, J., et Hollands, K. (2001). Work experience program at a metropolitan paediatric hospital: assisting rural and metropolitan allied health

- professionals exchange clinical skills. *Australian Journal of Rural Health*, 9(6), 297–303. <https://doi.org/10.1046/j.1038-5282.2001.00383.x>
- Parsons, J. E., Merlin, J. L., Taylor, J. E., Wilkinson, D. et Hiller, J. E. (2003). Evidence-based practice in rural and remote clinical practice : where is the evidence? *Australian Journal of Rural Health*, 11, 242–248.
- Peterson, C., Ramm, K., et Ruzicka, H. (2003). Occupational Therapists in Rural Healthcare: A “Jack of All Trades”. *Occupational Therapy in Health Care*, 17(1), 55-62. https://doi.org/10.1080/J003v17n01_05
- Poitras, M.-E., Chouinard, M.-C., Fortin, M., & Gallagher, F. (2016). How to report professional practice in nursing? A scoping review. *BioMed Central Nursing*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0154-6>
- Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., Zimmerman, D. (2013). Préciser le domaine primordial d’intérêt : l’occupation comme centralité. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (dir.), *Habiliter à l’occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice occupationnelle* (2e éd., p. 15-44). Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Rheault-Petitclerc, A. (2019). *Le contexte agricole : une ressource potentielle à vocation communautaire pour l’ergothérapie*. Essai. Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières, 78 p. <http://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/9155/1/032341070.pdf>
- Rochette, A., Brousseau, M., Vachon, B., Engels, C., Amari, F., & Thomas, A. (2020). What occupational therapists’ say about their competencies’ enactment, maintenance and development in practice? A two-phase mixed methods study. *BioMed Central Medical Education*, 20(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02087-4>
- Roots, R. K., et Li, L. C. (2013). Recruitment and retention of occupational therapists and physiotherapists in rural regions: a meta-synthesis. *BioMed Central Health Services Research*, 13(59), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-59>
- Rural Committee of the Canadian Association of Emergency Physicians. (1997). Recommendations for the management of rural, remote, and isolated emergency health care facilities in Canada. *Journal of Emergency Medicine*, 15(5), 741-747. [https://doi.org/10.1016/S0736-4679\(97\)00159-5](https://doi.org/10.1016/S0736-4679(97)00159-5)
- Sweldove, F. et Brown, C. (1997). Utilisations possibles des nouvelles lignes directrices. Dans *Promouvoir l’occupation. Une perspective de l’ergothérapie* (pp. 161-172). Toronto, ON, Canada, CAOT Publications ACE.
- Statistique Canada. (2015). *Données et définitions*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/21-006-x/2008008/section/s2-fra.htm>
- Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., Stewart, D., et Brown, J. (2013). Habiliter : la compétence primordiale en ergothérapie. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (dir.), *Habiliter à l’occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l’occupation. Neuvièmes lignes directrices canadiennes en ergothérapie*. (2e éd., 103-158). Ottawa, ON, Canada. CAOT Publications ACE.

- Townsend, E. A., Egan, M., Law, M., Manojlovich, M., et Head, B. (2013). Habilitier : la compétence primordiale en ergothérapie. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (dir.), *Habilitier à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation. Neuvièmes lignes directrices canadiennes en ergothérapie*. (2^e éd., p. 329-354). Ottawa, ON, Canada. CAOT Publications ACE.
- Townsend EA, et Polatajko HJ (2013). *Habilitier l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation. Neuvièmes lignes directrices canadiennes en ergothérapie*. 2^e éd. Ottawa, ON, Canada. CAOT Publications ACE.
- Vermette, C. (2015). *L'implantation d'une communauté de pratique pour soutenir la pratique basée sur les données probantes d'ergothérapeutes en milieu rural*. Essai. Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières, 62 p. <http://depote.uqtr.ca/id/eprint/7725/1/031078068.pdf>
- Wielandt, P. M., & Taylor, E. (2010). Understanding rural practice: implications for occupational therapy education in Canada. *Rural & Remote Health*, 10(3), 1-13.
- Winn, C. S., Chisholm, B. A., Hummelbrunner, J. A., Tryssenaar, J., & Kandler, L. S. (2015). Impact of the Northern Studies Stream and Rehabilitation Studies programs on recruitment and retention to rural and remote practice: 2002-2010. *Rural & Remote Health*, 15(2), 1-13.

ANNEXE A – QUESTIONNAIRE



LETTRE D'INFORMATION

Invitation à participer au projet de recherche « Particularités de la pratique d'ergothérapeutes en régions rurales éloignées au Québec »

**Rosalie Cloutier, Étudiante à la maîtrise en ergothérapie
Supervisée par Mme Martine Brousseau, professeure au département d'ergothérapie**

Votre participation à la recherche serait grandement appréciée pour comprendre les particularités de la pratique d'ergothérapeutes en région rurale éloignée au Québec, plus particulièrement des régions suivantes : Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Bas-St-Laurent.

Objectif

L'objectif de cette étude sera de : Décrire les particularités de la pratique d'ergothérapeutes en région rurale éloignée au Québec. Pour ce, deux régions administratives du Québec ont été ciblées soit la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Bas-St-Laurent.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à répondre à un questionnaire concernant votre pratique comme ergothérapeute en régions rurales éloignées. La durée estimée pour compléter le questionnaire est de 25 minutes. Il serait apprécié que vous répondiez au questionnaire avant le 19 mars 2021. Vous êtes invités à transmettre cette lettre d'information à vos collègues ergothérapeutes de votre région.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ 25 minutes, représente le seul inconvénient de ce projet de recherche.

Bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances concernant la pratique des ergothérapeutes en région rurale éloignée est le seul bénéfice direct prévu à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par ce projet de recherche sont confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Le questionnaire ne comporte aucune donnée nominative ce qui assure votre confidentialité. L'utilisation de la plateforme de sondage *Évalandgo* assure, quant à elle, l'impossibilité de retracer les répondants. La chercheuse principale ainsi que la directrice de recherche sont les seules personnes qui auront accès aux questionnaires complétés. La saisie des données obtenues via le questionnaire électronique sera réalisée par la chercheuse principale. Les résultats de la recherche seront diffusés sous forme de communication à un colloque ainsi que sous forme d'essai critique et ne permettront, en aucun cas, d'identifier les répondants. Une invitation à assister au Colloque des finissants de la maîtrise en ergothérapie de l'UQTR vous sera envoyé au début de décembre 2021. Ce colloque sera virtuel et gratuit.

Conservation des données

Les données seront conservées cinq ans après la fin du projet en raison des publications prévues. Seules la chercheuse principale, Rosalie Cloutier, ainsi que la directrice de l'essai, Martine Brousseau, auront accès aux données.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire.

Responsable de la recherche

Si vous désirez obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Rosalie Cloutier, étudiante à la maîtrise en ergothérapie, à l'adresse suivante : rosalie.cloutier@uqtr.ca

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le certificat éthique qui a été émis le 2 février 2021 porte le numéro CER-21-273-07.16.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous pouvez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à

Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca

Engagement éthique de la chercheure

Je soussignée, Rosalie Cloutier, en tant que chercheure de la recherche mentionnée en titre, m'engage à ne pas communiquer ni divulguer ni révéler de quelque façon que ce soit à quiconque n'ayant pas signé un engagement à la confidentialité concernant la présente recherche, les renseignements personnels qui me seront communiqués dans le cadre de cette recherche.

Je m'engage également à prendre les mesures de sécurité propres à assurer la protection des renseignements personnels collectés, utilisés, communiqués, conservés ou détruits et qui sont raisonnables compte tenu notamment de leur sensibilité, de la finalité de leur utilisation, de leur quantité, de leur répartition et de leur support. Je m'engage à ne divulguer aucune information pouvant permettre d'identifier une personne.

Consentement libre et éclairé

En cliquant sur le bouton « page suivante », vous indiquez

- avoir lu l'information
- avoir compris la nature et le motif de ma participation au projet
- accepter librement de participer au projet

Numéro de certificat : CER-21-273-07.16

Certificat émit le : 02-02-2021

Particularités de la pratique d'ergothérapeutes en région rurale éloignée au Québec

Section 1. Informations démographiques

Q1. Êtes-vous :

- Une femme
- Un homme
- Je préfère ne pas répondre

Q2. Quel âge avez-vous ?

Q3. Indiquez votre statut

- Clinicien (auprès de la clientèle)
- Coordonnateur clinique
- Responsable de projets spéciaux : spécifiez :
- Gestionnaire
- Chercheur
- Consultant
- Gestionnaire de cas
- Autre, spécifiez :

Q4. Occupez-vous un emploi

- Régulier à temps plein
- Régulier à temps partiel
- Remplacement temporaire sur un poste à temps plein
- Remplacement temporaire sur un poste à temps partiel
- Emploi temporaire sur un projet spécial non permanent à temps plein
- Emploi temporaire sur un projet spécial non permanent à temps partiel
- Autre (spécifiez) :

Q5. Nombre d'années d'expérience comme ergothérapeute (en années, ou en mois) [depuis la fin de vos études universitaires]

années, mois

Q6. Nombre d'années d'expérience comme ergothérapeute à l'emploi actuel

Section 2. Caractéristiques du milieu

Q7. Vous pratiquez :

- Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Sur quel territoire travaillez-vous ?

- Côte-de-Gaspé
 Rocher-Percé
 Baie-des-Chaleurs
 Haute-Gaspésie
 Îles-de-la-Madeleine

- Bas-St-Laurent

Dans quelle MRC travaillez-vous ?

- MRC de Kamouraska
 MRC de Témiscouata
 MRC de Rivière-du-loup
 MRC des Basques
 MRC de Rimouski-Neigette
 MRC de la Mitis
 MRC de la Matapédia
 MRC de la Matanie
 Autre (spécifiez) :

Q8. Vous travaillez dans :

- Réseau public (dans un CISSS) dont en particulier

- Réseau public – dans un centre de réadaptation (CRDP)
 Réseau public – dans un centre de réadaptation (CRDI-TED)
 Réseau public – dans un CISSS (volet CLSC)
 Réseau public – dans un CISSS (volet CHSLD)
 Réseau public – dans un CISSS (volet CH)
 Réseau public – dans un CISSS (volet enfance-famille-jeunesse)
 Réseau public – dans un CISSS (volet santé mentale)
 Réseau public - Commission scolaire
 Autre, spécifiez :

- Réseau privé (vous pouvez indiquer plus d'une réponse)

- Réseau privé – dans une clinique privée (volet adulte, NCESST ou SAAQ)
 Réseau privé – dans une clinique privée (volet assurances, retour à l'emploi)
 Réseau privé – dans une clinique privée (volet santé mentale)
 Réseau privé – dans une clinique privée (volet enfance)
 Pratique autonome
 Clinique privée d'ergothérapie
 Clinique privée multidisciplinaire

Q9. Y a-t-il une charge de travail attendu par ergothérapeute dans votre milieu?

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

Q10 Si oui, spécifiez laquelle?

Autre, spécifiez : _____

Q11. Quelle est la durée moyenne de l'attente avant la prise en charge pour les clients que vous voyez ?

- En jours, semaines ou mois
- Il n'y a pas d'attente

Q12. Est-ce qu'à l'heure actuelle tous les postes en ergothérapie sont comblés dans le programme où vous travaillez (le programme spécifique au CISS) ou (pratique privée) [comme mentionné à la question précédente]

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Q13. Si non, combien de postes sont non-comblés ?

Q14. Si oui, donc si tous les postes sont comblés, est-ce selon vous suffisant pour offrir les services en ergothérapie ?

- Oui
- Non

Section 3. Description de la pratique en ergothérapie

Q15. Comment êtes-vous informés sur les meilleures pratiques et les nouvelles données probantes dans votre champ de pratique (nouvelles avancées) ? (vous pouvez indiquer plus d'une réponse)

- par des stagiaires en ergothérapie
- par ma formation universitaire récente
- par du soutien de la part de collègues expérimentés
- par la lecture d'articles scientifiques
- par un abonnement à des revues ou des journaux
- en assistant à des formations ou des colloques
- autre :

Q16. Comment parvenez-vous à faire de la formation continue ? (vous pouvez indiquer plus d'une réponse)

- par des cours en ligne
- par des formations offertes dans ma région
- par du soutien auprès de personnes d'expérience dans ma région
- en me déplaçant pour assister à des formations à l'extérieur de ma région
- en accueillant des stagiaires
- autre :

Q17. Avez-vous déjà accueilli des stagiaires ?

- Oui
- Non

Q18. Avez-vous accueilli des stagiaires dans les 5 dernières années ?

- Oui
- Non

Q19. Lorsque vous avez un questionnement vers qui êtes-vous davantage porté à vous adresser ? (vous pouvez indiquer plus d'une réponse)

- à des collègues de toutes disciplines dans le même établissement
- à des collègues ergothérapeutes dans le même établissement
- à des collègues au niveau régional
- à des collègues au niveau provincial
- à des collègues au niveau national
- à des collègues au niveau international
- à des diplômés de votre cohorte universitaire
- en général vers des communautés virtuelles (par exemple le groupe Facebook *Ergothérapie Québec*)
- autre :

Q20. Appartenez-vous à des :

- communautés de pratique
- groupes d'intérêt
- groupe de soutien
- autre :

Veillez les nommer

- je n'appartiens à aucun groupe de ce genre

Section 4 : Perception d'appartenance au monde de l'ergothérapie

Q22. En vous servant de l'échelle de cotation suivante, évaluez de 1 à 5 (1 étant jamais et 5 toujours) la fréquence d'activités en ergothérapie auxquelles vous prenez part.

	1 Jamais	2 Rarement	3 Parfois	4 Très souvent	5 Toujours
Il m'arrive de participer à des congrès ou des colloques spécifiques à l'ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je m'implique dans une association en ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec mon équipe nous faisons des rencontres pour nous soutenir entre ergothérapeutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q23. Comment percevez-vous votre appartenance à la communauté en ergothérapie ?

1 Très faible	2 Faible	3 Modérée	4 Élevée	5 Très élevée
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

de mon équipe (par exemple puisque nous sommes dans des points de services différents)							
Ma charge de cas est souvent complexe et variée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je considère que toutes les besoins peuvent être répondues en ergothérapie dans mon milieu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je considère que les délais d'attente sont raisonnables pour recevoir des services en ergothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je sens que mon milieu ne me permet pas assez de progression de carrière et de défis professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisions ou exemples si nécessaire :							

Q25. En vous servant de l'échelle de cotation suivante, évaluez de 1 à 5 si vous trouvez que les énoncés présentés sont davantage des obstacles ou des avantages (5 étant un avantage et 1 un obstacle) dans votre pratique de l'ergothérapie en région rurale éloignée.

	1 Totalemment un obstacle	2 Un peu un obstacle	3 Ni un obstacle, ni un avantage	4 Un peu un avantage	5 Totalemment un avantage
Autonomie professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diversité de la pratique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nécessité d'avoir recours à des connaissances spécifiques pour plusieurs domaines de pratiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relation de proximité avec les clients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taille de l'équipe de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recours à des compétences diversifiées (personnelles administratives ou techniques par exemple)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le fait d'utiliser des ressources technologiques pour communiquer avec les autres membres de mon équipe professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pratiquer dans plus d'un milieu ou avec plus d'une clientèle (si applicable) Spécifiez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisions ou exemples si nécessaire :					

Merci de votre collaboration, vous êtes invités à partager ce questionnaire à vos contacts ergothérapeutes de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et du Bas-St-Laurent.

Si le fait de répondre à ce questionnaire a soulevé des éléments sensibles chez vous et que vous en ressentez le besoin, le service d'aide aux employés (SAE) de votre employeur est là pour vous.